



Place actuelle et perspectives du médecin traitant après chirurgie bariatrique : quel parcours de soin idéal ?

Léa Dehghani Kelishadi

► To cite this version:

Léa Dehghani Kelishadi. Place actuelle et perspectives du médecin traitant après chirurgie bariatrique : quel parcours de soin idéal ?. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01131727

HAL Id: dumas-01131727

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01131727>

Submitted on 15 Mar 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives| 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2014

N°133

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Place actuelle et perspectives du médecin traitant après
chirurgie bariatrique : quel parcours de soin idéal ?

Présentée et soutenue publiquement
le 8 octobre 2014

Par

DEGHANI KELISHADI, Léa
Née le 11 janvier 1985 à Paris (75)

Dirigée par M. Le Professeur Czernichow, Sébastien

Jury :

M. Le Professeur Larger, Etienne Président
M. Le Professeur Bouillot, Jean-Luc Membre
M. Le Docteur Resche-Rigon, Didier Membre



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

Pr Etienne Larger,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, et je vous en remercie infiniment. Votre ouverture d'esprit sur la médecine et le monde qui nous entoure sont contagieuses, je vous remercie de m'avoir permis de voir autrement la médecine. Je vous remercie de la confiance que vous me faites et je n'oublierai jamais l'opportunité que vous m'avez offert, j'espère être à la hauteur de vos espérances.

Pr Sébastien Czernichow,

Je te suis sincèrement reconnaissante d'avoir accepté de diriger ma thèse.

Je te remercie de m'avoir proposée d'être mon directeur de thèse, de m'avoir soutenue au cours des différents rebondissements avant même que nous commencions réellement ce travail, de ton aide une fois notre décision prise, de la motivation que tu m'as insufflée, et surtout de ton regard critique sur mon travail.

Je te suis également profondément reconnaissante de m'avoir accueillie et intégrée au sein de ton service, j'y ai beaucoup appris et rencontré une équipe formidable. Je te remercie de m'avoir toujours hissé vers le haut.

Pr Jean-Luc Bouillot,

Je vous remercie d'accepter de faire partie du jury de ma thèse de médecine générale et d'en avoir inspiré le sujet. Je vous remercie du regard critique que vous y apporterez. C'est pour moi un grand honneur que vous fassiez partie de mon jury, et ce à différents égards, soyez assuré de mon respect le plus profond et de ma sincère reconnaissance.

Dr Didier Resche-Rigon,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury, et ce sans aucune hésitation. J'ai énormément appris à votre contact et été impressionnée par votre professionnalisme et votre regard sur la pratique de la médecine générale. Je vous remercie de m'avoir permis de prendre en charge vos patients, j'ai alors pris conscience de toute l'implication professionnelle et morale nécessaire au dur exercice qu'est celui de médecin généraliste, et bien évidemment je ne parle pas de la gestion de l'embolie pulmonaire massive bilatérale au domicile !

Au Dr Alain Beauchet, merci de m'avoir apportée votre précieuse aide pour l'analyse statistique, merci du temps que vous m'avez consacré, des informations et conseils partagés.

A Fabienne Rossignol et Camille Rotivel, pour leurs précieuses aides logistiques et leur disponibilité.

Au département de médecine générale de Paris 5,

Je remercie Henri Partouche de l'intérêt qu'il a porté à ma thèse et à mon parcours en général. Je le remercie de m'avoir fait partager sa vision de la pratique et de la recherche en médecine générale.

Je remercie Christian Bihorel, mon tuteur, de m'avoir toujours poussée à donner le meilleur de moi-même.

Aux médecins qui m'ont formée,

Avec qui j'ai eu la chance de travailler, auprès de qui j'ai appris tant de choses et dont le soutien dans les situations particulières de notre exercice professionnel a été si important. Merci chère Pr Marie-Laure Raffin-Sanson, Laure Cazabat, Claire Carette, Ludivine Muzard, Charles Barsamian, Johanna Malka, Marie Aurel. Un grand merci à Jacques Naturel, qui nous a pris sous son aile lors de notre premier semestre et nous a appris que l'organisation de son temps de travail est fondamentale! Au Pr Christian Boitard, dont le soutien et la confiance me touche, et à chaque membre de l'équipe du service de Diabétologie de Cochin, au sein de laquelle c'est un bonheur et une chance d'évoluer.

A mes proches,

Mes parents qui m'ont incroyablement et patiemment soutenue cette année, et dans ma vie en générale. Vous êtes une source d'inspiration et d'admiration. Vos attentions et votre soutien me sont chers, merci d'avoir eu des paroles apaisantes dans mes moments de doute et de toujours m'avoir guidée vers les bonnes directions.

Ma sœur, Christine, je marche dans ses pas, j'admire sa force, sa présence et son dévouement sans faille. Merci milles fois de ton soutien et de tes conseils, toujours si justes. Merci de m'avoir accompagnée tout au long de ses années. J'ai une grande chance de t'avoir à mes côtés.

A mes amis,

Ceux qui me connaissent depuis l'enfance, avec qui j'ai partagé de merveilleux moments et qui n'ont jamais douté du fait que mes études de médecine allaient bien finir par se terminer un jour, Alexandra, Jan, Mathis, Laetitia, Laure, Pauline.

Ceux que j'ai rencontrés sur les bancs de la fac. Raphie, grâce à qui l'externat a été un pur bonheur, Soso et Gabi, avec qui nous avons partagé de nombreuses soirées de réflexion ! Aude qui m'a permis d'allier amitié, voyages et médecine. Albérique et Marie qui ont grandement amélioré la P1 et ses longues soirées de révision. Adé, Caro, Eva, Gégé, Julien,

Juliette, Marine, Sirine avec qui j'ai partagé, et partage toujours, d'excellents moments. Léo qui m'a permis de passer plus sereinement des moments difficiles.

Mes co-internes, devenus mes amis, avec qui nous avons partagé nos débuts, nos galères, nos joies, nos fous rires et quelques fois nos peines, mais toujours ensemble ! William qui a survécu à la BMR, Morgane amie de longue date et maintenant aussi collègue, Anna et Audrey, Charlotte, Arnaud, Jonathan, Suzanne dont la patience et la douceur avec les patients m'impressionnent, Xavier (élu meilleur secrétaire de l'année), Lucie, Elise, Cécile, et aussi Laura, Clarisse, Gaëlle, Daniel qui m'ont accompagné dans la fin de mon internat.

Merci à Julien pour ta présence à mes côtés, et ta patience face à mes tentatives de manipulation d'Excel !

A tous ceux que je n'ai pas cités mais que je porte dans mon cœur, qui m'ont aidé à mieux vivre cette préparation de thèse !

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	8
PARTIE I : La chirurgie bariatrique et son suivi en France.....	9
1- Une préoccupation de santé publique.....	9
1-1- Augmentation de la prévalence.....	9
1-2- Disparités régionales et importance du contexte socio-économique.....	9
1-3- Montée en puissance de la prise en charge.....	10
2- Prise en charge médico-chirurgicale de l'obésité.....	10
2-1- Définitions de l'obésité et objectifs de la prise en charge.....	10
2-2- Prise en charge médicale de l'obésité.....	12
2-3- Recours à la chirurgie bariatrique.....	14
3- Un suivi post-opératoire à vie.....	24
3-1- Succès et échecs en termes de chirurgie.....	24
3-2- Suivi médical à vie.....	26
3-2-1- Modalités et rythme du suivi.....	26
3-2-2- Recherche et prise en charge des carences nutritionnelles.....	28
3-3- Suivi éducatif.....	32
3-3-1- Suivi diététique.....	32
3-3-2- Suivi de l'activité physique.....	34
3-4- Suivi psychologique.....	35
3-5- Désir de grossesse.....	37
3-6- Demande de chirurgie réparatrice.....	38
3-7- Conseils au médecin traitant, les recommandations de la HAS.....	39
 PARTIE II : Etude de la place actuelle du médecin traitant dans le suivi post chirurgie bariatrique.....	 41
1- Contexte et justification de l'étude.....	41

2- Objectifs de l'étude.....	41
3- Résultats attendus.....	41
4- Matériel et méthodes.....	42
4-1- Schéma de l'étude.....	42
4-1-1- Critères d'inclusion et d'exclusion.....	42
4-1-2- Modalités de recrutement.....	42
4-2- Réalisation du questionnaire.....	42
4-3- Choix du média pour contacter les médecins.....	43
4-4- Analyse statistique.....	43
5- Résultats.....	44
5-1- Diagramme de flux.....	44
5-2- Taux de réponse.....	45
5-3- Description de la population étudiée.....	46
5-4- Caractéristiques du suivi des patients opérés.....	48
5-5- Caractéristiques de la communication entre professionnels impliqués...	50
5-6- Comportements des médecins traitants face aux complications post- opératoires.....	52
5-7- Evolution des compétences.....	54
5-8- Satisfaction des médecins traitants au sein de la filière de soin actuelle.	56
5-9- Place des médecins du médecin généraliste dans le parcours de soin.....	58
5-10- Propositions des médecins traitants pour améliorer la prise en charge.	60
6- Discussion.....	61
6-1- Points forts et limites méthodologiques.....	61
6-2- Discussion des principaux résultats.....	62
6-2-1- Rôle actuel du médecin généraliste dans la prise en charge post- opératoire de la chirurgie bariatrique.....	62
6-2-2- Information, échanges de pratiques entre les médecins généralistes et les différents professionnels impliqués..	64

6-2-3- Point de vue des médecins généralistes concernant leur rôle actuel et leur désir d'évolution.....	65
6-3- Perspectives – Parcours idéal.....	66
CONCLUSION.....	68
BIBLIOGRAPHIE.....	69
ANNEXES.....	74
Annexe 1 : Questionnaire initial.....	74
Annexe 2 : Questionnaire définitif.....	76
Annexe 3 : Lettre d'accompagnement du questionnaire.....	79
Annexe 4 : Parcours idéal proposé.....	80
INDEX DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	81
INDEX DES TABLEAUX ET DES FIGURES.....	82

Introduction

L'obésité, définie cliniquement par un Indice de Masse Corporelle (IMC) $\geq 30\text{kg/m}^2$, est une des pathologies chroniques les plus fréquentes actuellement rencontrées et les plus graves en raison de ses répercussions de santé, sociales et économiques.

La France n'échappe pas à l'augmentation de la prévalence de l'obésité, cependant, il semble exister une tendance à la décélération (1).

Dans ce contexte, un nombre considérable de recommandations de prise en charge (éducation diététique, activité physique, thérapie comportementale...) pour prévenir et lutter contre l'obésité, se sont multipliées en France avec un taux de succès très relatif du fait de la complexité de cette maladie chronique. Face à cette problématique, et en l'absence de solutions médicales pour les obésités les plus graves, la chirurgie de l'obésité (ou chirurgie bariatrique) est apparue progressivement comme une solution thérapeutique. Les résultats de l'étude SOS (Swedish Obese Subjects), sur 20 ans de suivi, montrent que la perte de poids obtenue par les différentes techniques disponibles de chirurgie bariatrique est bien supérieure à celle obtenue par l'association la prise en charge nutritionnelle standard pour ces situations à risque (2).

Toutefois cet essor, ne doit pas faire oublier le risque de complications postopératoires, notamment de carences nutritionnelles, même à long terme, impliquant une surveillance attentive à vie. Le paradoxe actuel est celui de l'explosion de ces techniques opératoires nécessitant un suivi à long terme ne pouvant être assuré par les équipes multidisciplinaires en charge de la chirurgie.

Les médecins généralistes sont donc doublement concernés par cette évolution, d'une part ils seront plus fréquemment confrontés à cette situation dans leur pratique quotidienne, et d'autre part ils se doivent d'assurer un relais médical permettant une surveillance à vie de ces patients. Cependant leur rôle au sein de la filière n'est pas clairement défini.

L'objectif principal de cette thèse est :

De faire un état des lieux synthétique du rôle actuel du médecin généraliste dans le suivi ambulatoire post-chirurgie bariatrique au sein du parcours de soin actuel.

Les objectifs secondaires sont :

- D'étudier la communication actuelle entre les différents professionnels impliqués.
- D'évaluer les besoins actuels des médecins traitants pour la prise en charge des patients opérés à court et à long terme.
- D'analyser les demandes d'évolution des médecins généralistes afin de proposer un parcours de soins idéal.

PARTIE I : LA CHIRURGIE BARIATRIQUE ET SON SUIVI EN FRANCE

1- Une préoccupation de santé publique

L'enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité (ObEpi-Roche) (1), réalisée de janvier à mars 2012 auprès d'un échantillon de 20 000 familles représentatives de la population française métropolitaine constitue une banque de données particulièrement riche d'enseignements. Elle fait suite à cinq enquêtes réalisées en 1997, 2000, 2003, 2006 et 2009, toutes selon une méthodologie identique, mais sur des individus différents. Ces six enquêtes permettent d'étudier l'évolution de la prévalence du surpoids et l'obésité chez l'adulte, par région, âge, sexe et en fonction des critères socio-économiques.

1-1- Augmentation de la Prévalence de l'Obésité

Le premier constat de la dernière enquête ObEpi est que la France n'échappe pas à l'augmentation relative de la prévalence de l'obésité, cependant, il semble exister une **tendance significative à la décélération**. En effet l'augmentation estimée entre 2009 et 2012 est de 0,5%, alors qu'elle a toujours dépassé 1% sur la période des 3 ans séparant deux enquêtes.

En 2012, 32,3% des français sont en surpoids ($25 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$) et **15% présentent une obésité** ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$), soit près de 7 millions de personnes, répartis comme suit : 10,7% d'obésité de classe 1 ($30 \leq \text{IMC} < 34,9 \text{ kg/m}^2$), 3,1 % d'obésité de classe 2 ($35 \leq \text{IMC} < 39,9 \text{ kg/m}^2$). L'obésité massive, de classe 3 ($\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$), représente quant à elle 1,2% des obésités, elle reste donc peu fréquente mais il est intéressant de remarquer qu'elle ne représentait que 0,3% des obésités en 1997.

Globalement la prévalence de l'obésité augmente régulièrement avec l'âge, chez les plus de 65 ans la prévalence est de 18,7%.

L'obésité est plus représentée chez les femmes avec une prévalence de 15,7% versus 14,3% chez les hommes.

1-2- Disparités régionales et importance du contexte socio-économique

En 2012, quatre régions affichent des taux de prévalence élevés : le Nord-Pas de Calais, région la plus touchée avec 21,3% (soit une prévalence de près de 40% plus élevée que la moyenne) ; la Champagne-Ardenne, la Picardie et la Haute Normandie avec des prévalences respectives de 20,9%, 20% et 19,6%. Les régions qui ont connu les plus fortes augmentations en 15 ans sont l'Alsace, la Champagne-Ardenne et la Région parisienne. Il existe un gradient décroissant Nord-Sud : 21,3% dans le Nord-Pas de Calais et 11,6% dans la région Midi-Pyrénées ; de même qu'un gradient Est-Ouest : 18,6% en Alsace et 12% en Bretagne.

Si l'on considère les foyers ayant les plus hauts revenus (plus de 3 800 euros par mois), la prévalence de l'obésité n'a pratiquement pas évolué depuis 15 ans, elle touche 8,3% de cette catégorie de population alors qu'elle représente 24,1% dans les foyers où les revenus sont inférieurs à 1 200 euros par mois.

La seconde édition de l'étude Abéna (3) sur l'alimentation et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire, menée en 2011-2012 décrit les évolutions depuis 2004-

2005 des profils socio-économiques, des habitudes alimentaires et des marqueurs de l'état de santé auprès d'un échantillon de 2019 bénéficiaires de l'aide alimentaire. Cet état de santé demeure préoccupant avec des prévalences des pathologies liées à la nutrition particulièrement élevées, 35% des femmes recourant à l'aide alimentaire étaient obèses en 2011-2012 et 48,5% des hommes hypertendus, comparés à 34,2% en population générale.

1-3- Montée en puissance de la prise en charge

Une des conséquences du doublement de la prévalence de l'obésité sur les 15 dernières années est la mise en place de programmes de santé publique, ce dès 2001 avec le **Plan National Nutrition-Santé PNNS 2001-2004** (4). L'objectif était l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Les objectifs initiaux étant ambitieux, le programme a été prolongé en 2006 puis en 2011. Actuellement le **Plan Obésité 2010-2013**, en lien avec le **Plan National Nutritionnel Santé PNNS 2011-2015** (5), comporte le double objectif de développer la **recherche** et la prise en charge de l'obésité, notamment dans la **filière ville-hôpital**.

Il s'agit d'harmoniser les procédures de prise en charge des patients adressés par les médecins généralistes ou de ceux faisant eux-mêmes la démarche de demande de soins spécialisés en nutrition. La finalité étant de favoriser une **coordination de multiples intervenants** de façon à ce que tous les patients reçoivent les **mêmes informations** et suivent les **mêmes protocoles**.

Les soins sont répartis en fonction de 3 niveaux de recours :

Le Premier recours : ce sont les soins de proximités, ils sont assurés par les médecins traitants généralistes et les pédiatres, appuyés par la participation des médecins du travail, médecins scolaires et de PMI (Protection Maternelle et Infantile). Les soins consistent au dépistage des personnes à risque, au bilan et à la prise en charge initiale des personnes présentant une obésité et au maintien de la cohérence des soins.

Le Second recours : ce palier correspond aux soins faisant intervenir des spécialistes de la discipline en ambulatoire, tels que les nutritionnistes, les endocrinologues, les internistes ; ou bien des spécialistes hospitaliers au stade du recours infrarégional.

Le Troisième recours : il est assuré par les centres spécialisés et/ou intégrés de l'obésité. La mission des centres spécialisés est la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité sévère et l'organisation de la filière de soins dans les régions. Les Agences régionales de Santé ont ainsi labellisé en 2012 trente-sept centres spécialisés dans cette prise en charge répartis sur tout le territoire, dont cinq centres dit « centres intégrés » pratiquant à la fois du soin, de la recherche et de l'enseignement.

2- Prise en charge médico-chirurgicale de l'obésité

2-1- Définitions de l'obésité et objectifs de la prise en charge

L'obésité peut se définir d'un point de vue **personnel, sociétal** ou **médical**. Il paraît donc licite de définir l'obésité sur le plan médical avant d'en détailler la prise en charge.

Le point de vue médical cherche à définir le surpoids ou l'obésité à partir d'une relation entre la masse grasse et la survenue de conséquences médicales, telles que le diabète, les maladies cardio-respiratoires, rhumatologiques et les cancers pour une population donnée.

On utilise habituellement pour déterminer la corpulence, l'Indice de Masse Corporelle. Cette formule prend en compte le poids en kilogrammes ainsi que la taille en mètres, c'est le rapport entre le poids divisé par la taille, au carré. Pour une population donnée l'obésité est définie par un IMC supérieur ou égal à trente et l'obésité sévère par un IMC supérieur à quarante.

Cependant cette définition ne rend pas compte des variabilités observées à l'échelle de la personne. En effet une personne ayant un IMC normal mais un tour de taille augmenté peut-être à plus haut risque cardio-vasculaire qu'une personne ayant un IMC supérieur à 30 sans aucune maladie associée et pratiquant une activité physique régulière. De plus un nouveau concept tend à émerger, celui des sujets métaboliquement normaux mais obèses (6,7), étoffant la définition médicale de l'obésité, mais en compliquant la prise en charge. L'IMC n'est donc pas le seul paramètre pour juger des relations entre corpulence et santé, il est en réalité un des éléments à prendre en compte par le médecin pour confirmer ou non l'intérêt que peut avoir une personne à perdre du poids pour des raisons médicales.

Objectifs de la prise en charge

A priori l'objectif paraît simple, il s'agit d'aider le patient à perdre du poids. En réalité le traitement répond à des objectifs variés (8) :

- Prévenir les complications ou les traiter.
- Favoriser les ajustements psychologiques et sociaux.
- Restaurer un équilibre psychosomatique compromis.
- Corriger les effets délétères des thérapeutiques antérieures, en particulier des régimes trop restrictifs.
- Interrompre d'incessantes variations pondérales.
- Traiter un trouble du comportement alimentaire et ses déterminants.

Le médecin doit hiérarchiser les objectifs au cas par cas, fixer des priorités et inscrire son projet thérapeutique sur la durée. La stratégie thérapeutique repose sur l'analyse de ce qui, pour chaque patient, est souhaitable, possible, utile ou dangereux.

Les médecins et les patients n'ont pas la même représentation de la maladie, si les patients voient l'obésité comme un obstacle à une insertion sociale, les médecins, quant à eux, s'intéressent le plus souvent aux complications médicales de l'obésité pour déterminer les objectifs de prise en charge (9).

L'objectif prioritaire est d'écouter avec empathie les **difficultés exprimées par le patient**, et de le **soulager** ; dans la mesure du possible, des **symptômes gênants** immédiatement accessibles.

L'objectif pondéral est à nuancer avec le patient, en réalité l'objectif majeur étant le **maintien de la perte de poids**. Elle peut être de 5 à 15 p. 100 du poids initial (10,11), ce qui correspond à ce que la majorité des personnes obèses sont capables de perdre en 3 à 6 mois et de maintenir plus d'un an au cours des essais thérapeutiques, tout en permettant d'améliorer l'état de santé, notamment les complications métaboliques.

2-2- Prise en charge médicale de l'obésité

Le rôle du Médecin traitant

Les cinq fonctions de la médecine générale ; accès de **premier recours, approche globale, continuité et coordination des soins**, santé publique au travers du **dépistage** et de la **prévention**, sont à l'œuvre lorsqu'il s'agit d'aborder la place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients obèses (12). La médecine générale a ceci de particulier qu'elle offre, sans discrimination d'âge, de sexe, ou de motif, la possibilité de consulter à toute personne qui en ressent le besoin. En regard de la forte prévalence de l'obésité en France, la médecine générale est le moyen le plus exhaustif en termes de population cible et le plus économique en termes de coûts de santé publique.

La prise en charge médicale de l'obésité résulte d'une analyse de chaque situation sur le plan personnel. L'histoire familiale ainsi que l'histoire personnelle du poids est fondamentale pour proposer des voies de prise en charge. Le médecin généraliste, médecin traitant dans sa dimension d'**omnipraticien**, se place comme interlocuteur privilégié.

Bien que les médecins généralistes français considèrent l'obésité comme une maladie chronique nécessitant un accompagnement thérapeutique sur le long cours (13), la tâche n'en est pas aisée en raison du manque de temps, du manque de formation en nutrition, de la complexité de certaines situations cliniques relevant de déterminants à la fois biologiques, psychologiques et sociaux (14). Ce sentiment d'impuissance est encore plus marqué lorsqu'il s'agit de prendre en charge des obésités sévères (15).

Analyse de la demande d'amaigrissement : choix du patient ou interrogation du médecin ?

A la différence de la consultation spécialisée de nutrition, lorsqu'une personne obèse consulte son médecin généraliste, ce n'est pas nécessairement pour perdre du poids, c'est alors au médecin généraliste qu'incombe la responsabilité d'aborder le problème du poids, en sus du motif initial de consultation, dans le même temps imparti. Dans l'hypothèse de la non-demande, le médecin généraliste peut approcher la situation d'indétermination par l'analyse des stades comportementaux de Prochaska et Di Clemente (16), en débutant par une simple **phrase d'incitation** : « avez-vous envisagé de perdre du poids ? ».

La situation inverse d'une demande émanant du patient étant plus simple. Il paraît alors intéressant d'explorer la nature réelle de la demande du patient, en demandant au patient : « pourquoi voulez-vous maigrir » (14). L'analyse de la demande est le temps initial majeur de la prise des soins. Cependant il est important que le médecin trace rapidement les grandes lignes du plan de soins, des objectifs et des moyens pour y aboutir. En aucun cas l'accompagnement d'une personne qui souffre d'obésité ne doit se réduire à une succession d'entretiens sans aborder les soins nécessaires en relation avec les complications de la maladie.

Coordination avec les spécialistes et les centres de références

Le rôle du médecin généraliste est de s'assurer de la pertinence des critères pour adresser un patient aux différents intervenants : diététicien, nutritionniste, ergothérapeute,

psychiatre et psychothérapeute, éducateur médico-sportif. Dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire, le médecin généraliste reste le **coordonnateur du projet** de soins afin d'assurer le relais d'information et d'analyser les choix thérapeutiques dans l'esprit de la décision médicale partagée, cela reste d'autant plus pertinent lorsqu'il s'agit de discuter de chirurgie bariatrique.

Les freins à de telles collaborations tiennent essentiellement à l'hétérogénéité de l'offre sur le territoire national, à l'absence de prise en charge par l'Assurance maladie ou à la limitation des places disponibles dans les services hospitaliers spécialisés. Par conséquent, il convient que le médecin généraliste assure l'essentiel des prises en charge et ne s'appuie sur les ressources de seconde intention que pour les situations des patients les plus complexes.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé Publique

Les recommandations de la HAS de 2011 sur la prise en charge médicale de premier recours (17) soulignent un point fondamental qui est celui du **repérage systématique** de l'excès de poids à la première consultation, puis sa réévaluation régulière. Pour cela la taille, le poids et le tour de taille doivent être renseignés aussi souvent que nécessaire.

La proportion, mais aussi la diversité des sujets qui souffrent d'obésité ou qui en sont menacés justifient l'initiation de la prise en charge en médecine générale, y compris lorsqu'il s'agit des obésités sévères (18).

Les recommandations de bonne pratique de la HAS concernant la prise en charge médicale du surpoids et de l'obésité en premier recours ont pour but de guider le médecin généraliste dans la prise en charge complexe de l'obésité.

Le rôle du médecin traitant se situe à la fois en amont et en aval de l'obésité.

Le rôle préventif du médecin traitant passe par l'accompagnement des parents dans les choix nutritionnels des jeunes enfants, l'identification des conduites alimentaires à risque, et l'incitation répétée à l'activité physique.

Pour le volet thérapeutique, les recommandations actuelles renforcent la mission spécifique du médecin de premier recours dans le cadre de consultations dédiées avec un suivi programmé, basé sur les principes de l'éducation thérapeutique.

Dans les cas habituels, l'éducation thérapeutique porte sur l'éducation diététique et les conseils d'activité physique. Cependant il se peut qu'une approche psychologique soit également nécessaire, que le médecin généraliste peut assurer dans bon nombre de cas.

La HAS met à disposition des médecins généralistes des fiches support pratiques permettant de les guider dans leurs décisions. L'objectif principal étant que le patient ne prenne pas de poids dans un premier temps, puis qu'il engage une perte de poids stable dans le temps. Si les objectifs ne sont pas atteints au bout de six mois à un an, le médecin généraliste peut faire appel à d'autres professionnels en accord avec le patient, tout en continuant à le voir.

La HAS ne recommande pas les traitements médicamenteux de l'obésité, notamment l'orlistat, au regard de son efficacité modeste, de ses effets secondaires et des interactions médicamenteuses.

Le médecin généraliste assure donc la prise en charge initiale, diffuse l'information et met en place avec le patient une stratégie personnalisée de soins, en s'appuyant sur la connaissance du patient et de son environnement. Il est le garant de l'approche globale des soins dans le respect des spécificités de chaque patient.

2-3- Recours à la chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique est une alternative au traitement médical de l'obésité, à proposer en seconde intention, après échec d'une prise en charge nutritionnelle et psychothérapeutique bien conduite pendant six à douze mois. Elle conduit à des résultats positifs rapides sur la **perte de poids** en parallèle à l'**amélioration des comorbidités**. La perte de poids est maximale de 12 à 18 mois, entre 20 et 40% selon les techniques et le patient, suivie d'une tendance à la reprise pondérale puis stabilisation à 25% du poids initial à 20 ans pour les meilleurs résultats (19). Cependant la chirurgie bariatrique nécessite un **suivi à vie** pour les patients et peut entraîner des effets secondaires ou des complications graves, c'est pour ces dernières raisons que la chirurgie bariatrique est actuellement une activité très encadrée en France, suivie de près par l'Assurance Maladie et la HAS.

A l'heure actuelle il n'existe pas de consensus pour privilégier une intervention par rapport à une autre, chaque technique est étudiée lors des **Réunions de concertation pluridisciplinaires** (RCP), en s'appuyant sur l'âge des patients, leurs souhaits, la sévérité et l'ancienneté de l'obésité, la perte de poids attendue, les comorbidités, le risque de complications à distance et de carences nutritionnelles induites.

Les chiffres de l'Assurance maladie – Un état des lieux

L'Assurance maladie, dans le cadre du Plan national de lutte contre l'obésité a réalisé une étude sur la chirurgie bariatrique analysant les patients concernés, les pratiques et l'offre de soins (20).

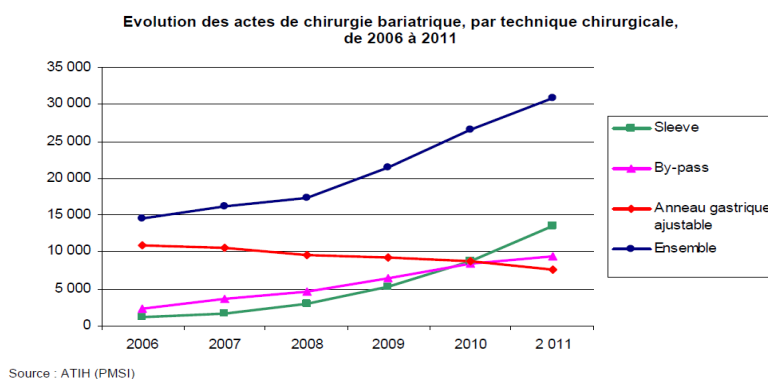
Evolution du nombre d'actes et des techniques

Le nombre d'actes a doublé depuis 2006, + 16% par an en moyenne. En 2012, le chiffre des interventions s'élevait à 35 / 36 000 actes. L'actualisation de 2013 compte environ **42 300 actes**.

En 2011, 30 442 patients ont été opérés, 8 patients sur 10 étaient des femmes, âgées de 39 ans en moyenne. En moyenne, les femmes sont opérées à un IMC plus bas et un âge plus jeune que les hommes dont l'âge moyen est de 49 ans. 60% des patients opérés ont un IMC compris entre 40 et 49 kg/m². 700 patients étaient âgés de moins de 20 ans, dont dix étaient âgés de 11 à 15 ans et cent de 15 à 17 ans.

L'étude souligne également l'évolution forte des techniques chirurgicales

Figure 1 - Evolution des actes de chirurgie bariatrique par technique chirurgicale de 2006 à 2011



utilisées, la pose d'un anneau gastrique ajustable, technique réversible et de référence en 2006, a reculé et ne représente plus que 25% des interventions. Les autres techniques de réduction de l'estomac (Sleeve gastrectomie) et/ou de dérivation digestive (By-pass gastrique sur anse en Y et Mini by-pass en oméga), peu pratiquées en 2006, totalisent désormais 75% des interventions.

La Sleeve gastrectomie est actuellement l'intervention la plus pratiquée en France, totalisant 15 000 interventions par an.

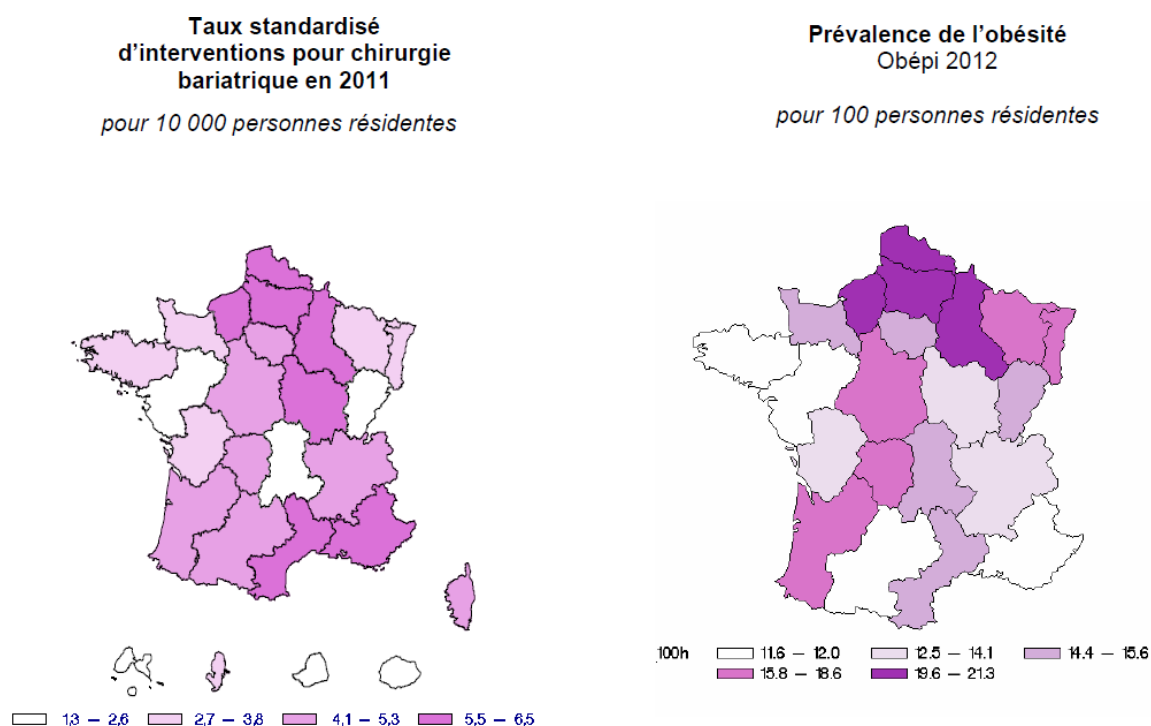
Parmi les jeunes opérés de moins de 20 ans, la pose d'anneaux gastriques ajustables reste la technique prédominante, soit 50% des interventions, les autres techniques constituent 33% et 17%, respectivement pour la Sleeve gastrectomie et le By-pass gastrique.

Disparité de l'offre de soins

Une autre caractéristique de la chirurgie bariatrique est sa disparité significative entre les régions et les établissements. Le taux de chirurgie bariatrique est trois fois plus élevé dans certaines régions métropolitaines, sans corrélation avec la prévalence de l'obésité.

Les taux les plus importants sont enregistrés dans les régions du sud de la France (5,8 pour 10 000 en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 6,1 en Languedoc-Roussillon), du centre-est (6,0 pour 10 000 en Bourgogne et Champagne Ardenne) et du nord (5,5 en Nord-Pas-de-Calais, 6,3 et 6,5 pour 10 000 en Haute-Normandie et Picardie), les moins élevés dans les départements d'Outre-mer (1,3 à la Réunion, 2,1 en Guyane et 2,3 en Guadeloupe), en Auvergne (2,1 pour 10 000) et dans les Pays de la Loire (2,5 pour 10 000).

Figure 2 - Comparaison entre le taux d'interventions bariatriques et la prévalence de l'obésité par région

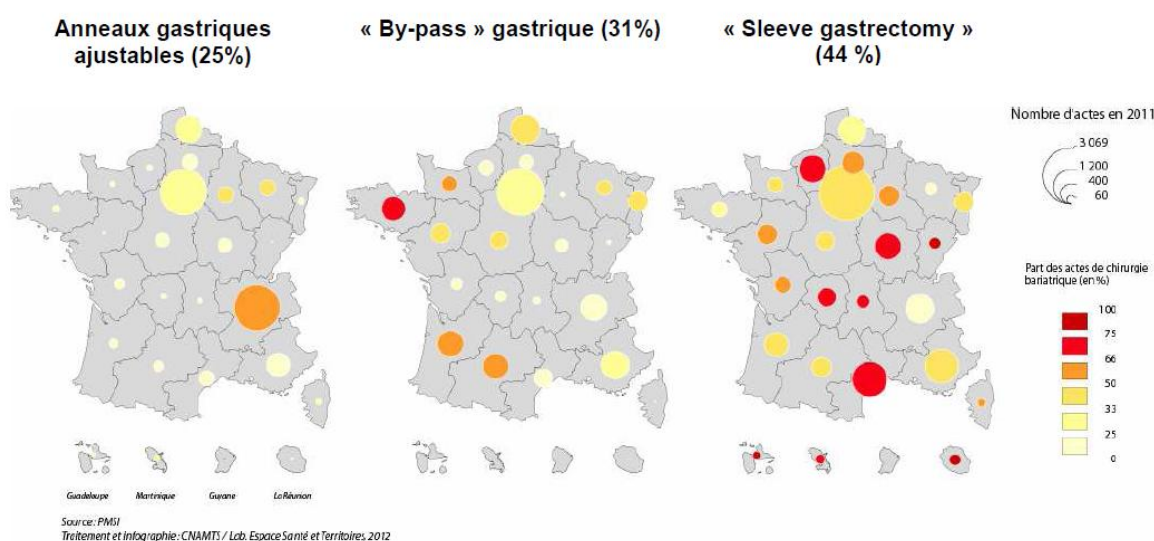


Les établissements pratiquant la chirurgie bariatrique ont des niveaux d'activité très distincts : 33 établissements sur 426 au total réalisent 35% des interventions.

Les techniques chirurgicales pratiquées varient selon les régions et les établissements.

Il existe dans plusieurs régions un recours majoritaire à certaines techniques et parallèlement un recours minoritaire aux autres techniques existantes, ce qui pose la question de la pertinence des indications chirurgicales au regard de la situation clinique des patients.

Figure 3 - Niveaux d'activité et choix des techniques chirurgicales sur le territoire national



La chirurgie bariatrique est majoritairement pratiquée dans le secteur privé, deux interventions sur trois y sont réalisées.

Les niveaux d'activités sont très variables, 32 hôpitaux (publics et privés) ont réalisé plus de 200 interventions chacun en 2011, soit près de 11 000 interventions. En regard, 175 établissements ont réalisé moins de 30 interventions chacun en 2011.

Concernant les jeunes de moins de 20ans, dont 46 sont des patients mineurs, 33 établissements n'ont opéré qu'un seul mineur dans l'année et seuls 4 établissements ont opéré entre 10 et 16 enfants par an.

Indications et Contre Indications à la chirurgie bariatrique

Les recommandations de la HAS (21)

En 2009, la HAS a émis des recommandations de bonne pratique concernant la chirurgie bariatrique afin d'améliorer l'efficacité à long terme de la chirurgie bariatrique et de réduire la survenue et la gravité des complications. Ces recommandations sont basées sur des études de niveau de preuve intermédiaire, ou le plus souvent faible.

La chirurgie bariatrique peut être envisagée chez des patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :

- Les patients doivent avoir un **IMC ≥ 40 kg/m²** ou bien avec un **IMC ≥ 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie**, notamment une hypertension artérielle, un syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) ou autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier un diabète de type 2, des maladies ostéo-articulaires invalidantes, une stéatohépatite non alcoolique.
- La chirurgie ne doit être envisagée qu'en deuxième intention après l'échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6 à 12 mois.
- En l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids.
- Les patients doivent être bien informés au préalable, et avoir bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge pré-opératoires pluridisciplinaires.
- Les patients doivent avoir compris et accepté la nécessité d'un **suivi médical et chirurgical à long terme**.
- Le risque opératoire doit être acceptable.

Une éventuelle perte de poids préalable à la chirurgie bariatrique ne contre-indiquera pas la chirurgie puisqu'on tient du compte de l'IMC le plus important au cours de la vie du patient.

Contre- indications actuelles à la chirurgie bariatrique (21)

Les contre-indications actuelles émises par la HAS reposent sur des accords professionnels, certaines peuvent être temporaires et l'indication à une chirurgie pourra être réévaluée après la prise en charge et la correction des contre-indications.

Ces contre-indications sont :

- La présence de troubles cognitifs ou mentaux sévères.
- Les troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire.
- L'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé.
- La dépendance à l'alcool et aux substances psycho actives licites et illicites.
- L'absence de prise en charge médicale préalable identifiée.
- Les maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme.
- La présence de troubles cognitifs ou mentaux sévères.
- Une contre-indication à l'anesthésie générale.

En cas d'obésité génétique ou de craniopharyngiome, l'indication doit être exceptionnelle et être discutée au cas par cas par l'équipe pluridisciplinaire de chirurgie bariatrique et les praticiens habituellement en charge de ces patients.

Elargissements des recommandations

Les patients opérés à un âge avancé

La question du bénéfice de la perte de poids se pose après 60 ans en raison du risque accru de perte de masse maigre qui augmente l'ostéopénie et la sarcopénie liées à l'âge.

Quelques patients sont opérés à un âge avancé, mais la balance bénéfice-risque doit être évaluée au cas par cas. Quelques études rapportent les conséquences de telles interventions chez les patients âgés mais les résultats sont discordants (22, 23, 24, 25, 26). Globalement le taux de complications chirurgicales et médicales semblerait être plus élevé chez les personnes âgées après un by-pass gastrique et inchangé après une Sleeve gastrectomie ou un anneau gastrique. Quant à la perte de poids à espérer après chirurgie, toutes les études convergent vers une moindre perte de poids avec l'anneau gastrique, les résultats sont plus controversés après by-pass et sleeve gastrectomie. Concernant l'amélioration des comorbidités, les résultats sont similaires à ceux des sujets de moins de 60 ans, et les études sont unanimes sur l'amélioration de la qualité de vie (27).

La chirurgie chez l'enfant et l'adolescent

La chirurgie bariatrique chez l'enfant et l'adolescent fait encore actuellement l'objet d'une réflexion dépendante d'études prospectives en cours. Il n'existe pas de recommandations nationales ou européennes sur les indications chirurgicales.

En 2011, la HAS émet une actualisation des recommandations existantes de 2003 sur la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent (28), à cette occasion elle rappelle que la chirurgie n'a pas d'indication dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant et que son utilisation n'est pas recommandée. Cependant la HAS note que dans le cas des obésités extrêmement sévères, en cas de résistance aux traitements, de complications majeures, l'avis d'une équipe spécialisée, de 3^{ème} recours, peut être demandé sur l'opportunité d'une indication chirurgicale. Les indications doivent rester exceptionnelles et ne peuvent être portées que par un centre hautement spécialisé en lien avec une équipe pédiatrique.

En 2011, sur les 30500 interventions réalisées en France, 700 concernaient des jeunes de moins de 20 ans, dont 46 chez des patients mineurs, dans 215 établissements avec 72% des actes réalisés dans le secteur privé, 33 établissements n'ont opéré qu'un seul mineur dans l'année et seuls 4 établissements ont opéré entre 10 et 16 enfants par an (20). La prise en charge chirurgicale chez les mineurs doit rester exceptionnelle, il paraît donc primordial de limiter le nombre de centres opératoires habilités à prendre en charge les mineurs afin d'éviter les prises en charge inadaptées.

Les IMC compris entre 30 et 35 kg/m², le concept de chirurgie métabolique

Des études réalisées chez des patients atteints d'obésité modérée (IMC <35 kg/m²) ont décrit des résultats très intéressants, notamment sur l'amélioration de l'équilibre glycémique du diabète de type 2 après by-pass gastrique (29) et sleeve gastrectomie (30, 31, 32). Certains affirment que si ces résultats se confirment à l'avenir, il est probable que les indications actuelles soient revues par les sociétés savantes.

Ces propos sont à nuancer pour différentes raisons :

La prise en charge du diabète ne se résume pas à l'équilibre glycémique à court terme, la durée de l'effet favorable de la chirurgie sur l'équilibre glycémique n'est pas clairement établie. Certains auteurs soulignent la possible récurrence du diabète de type 2 après un by-pass gastrique malgré sa rémission initiale, indépendante de la reprise pondérale (34, 35). Des études observationnelles tentent de répondre à cette question, l'étude SOS permet d'identifier deux phénomènes sur un suivi médian de 10 ans : le contrôle glycémique est maximum à 2 ans, puis il régresse, cependant l'effet est plus durable chez les diabétiques opérés, avec 30% de rémission versus 6,5% chez les non opérés (33). L'étude randomisée STAMPEDE, avec un recul de 3 ans met en avant la perte de poids obtenue et l'ancienneté du diabète comme facteurs prédictifs de la rémission du diabète (31), suggérant une intervention chirurgicale précoce chez les patients diabétiques.

La deuxième interrogation concerne l'effet direct sur les critères de jugement cliniques que sont les complications micro et macro-angiopathiques. Pour un suivi médian de 18 ans, l'étude observationnelle SOS conclut à une régression de la micro et macro-angiopathie (33), une autre étude observationnelle confirme la régression ou au moins la stabilisation de la néphropathie avec un recul à 6 ans (32). L'étude randomisée STAMPEDE, à 3 ans de suivi, conclut à une diminution significative de la micro albuminurie chez les patients opérés d'une sleeve (31). Concernant la macro-angiopathie, il n'existe pour le moment aucune étude randomisée permettant d'affirmer la supériorité de la chirurgie bariatrique dans le cadre du diabète de type 2.

Techniques opératoires

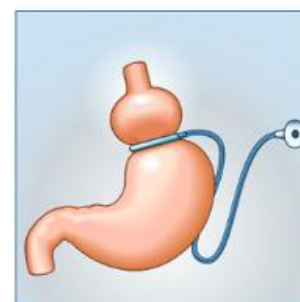
Il existe deux grands types de techniques chirurgicales :

- Les techniques restrictives pures, avec réduction de la capacité gastrique sans malabsorption permettant la diminution de l'ingestion alimentaire :

L'anneau gastrique ajustable (36)

Le principe de l'anneau gastrique ajustable est purement restrictif puisqu'il permet de réduire le volume de l'estomac et de ralentir le passage des aliments sans en perturber la digestion. L'anneau est placé autour de la partie supérieure de l'estomac, environ 2 cm au-dessous du cardia, créant ainsi une poche gastrique provoquant rapidement un état de satiété, un faible volume d'aliment suffisant pour remplir cette poche (37).

Figure 4 - Anneau gastrique ajustable



Anneau gastrique ajustable

L'anneau gastrique est un dispositif médical en silicone placé par voie laparoscopique, relié par une fine tubulure à un boîtier sous-cutané de type port-à-cath, constituant une chambre d'injection permettant de moduler le volume de l'anneau, à travers la peau, afin de serrer plus ou moins l'estomac. Un contrôle radiologique sera nécessaire lors du suivi.

Cette technique est ajustable et réversible. L'anneau peut donc être retiré en cas de complication, d'inefficacité ou sur demande du patient. L'intervention dure en moyenne 1 heure, la durée d'hospitalisation prévisible est de 2 à 3 jours.

La perte de poids attendue est de l'ordre de 40 à 60% de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 20 à 30 kg (pour une personne de taille moyenne, 1m70, avec un IMC ≥ 40 kg/m²). Cependant les résultats sont relativement mitigés avec un risque de reprise pondérale rapide. Le nombre d'anneau posé a actuellement reculé à environ 5000/an, versus 12 000/an il y a quelques années, avec une augmentation des retraits d'anneaux.

Les principales complications sont :

Les complications liées au boîtier : infections, migrations, déconnexion avec la tubulure, douleurs.

Les complications œsophagiennes : reflux, œsophagite et gastriques précoces : perforation gastrique.

Les complications tardives sont :

Le glissement de l'anneau et la dilatation de la poche au-dessus de l'anneau pouvant entraîner des vomissements voire une impossibilité totale de s'alimenter.

L'érosion gastrique, complication rare, pouvant aboutir à une migration intra-gastrique de l'anneau

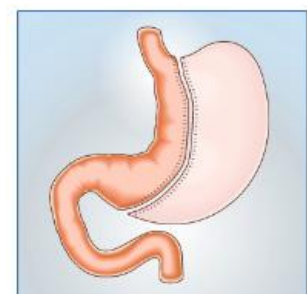
Le taux de mortalité est de 0,1%.

La sleeve gastrectomie, ou gastrectomie longitudinale ou gastrectomie en manchon. (36)

Elle apparaît de plus en plus comme une technique ayant un mécanisme d'action dépassant la restriction du bol alimentaire pour se rapprocher, en termes d'efficacité, de la chirurgie malabsorptive, tout en évitant un certain nombre de contraintes (38).

La gastrectomie permet de tubuliser l'estomac et consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac, notamment la partie sécrétant la Ghréline, hormone stimulant l'appétit. L'estomac est alors réduit à un tube vertical avec passage rapide des aliments dans l'intestin permettant une diminution de l'ingestion et de l'appétit.

Figure 5 - Gastrectomie longitudinale



Gastrectomie longitudinale

Elle n'est pas réversible, mais ne compromet pas la réalisation ultérieure d'un by-pass gastrique. L'intervention dure en moyenne deux heures, la durée d'hospitalisation prévisible est de 3 à 8 jours.

Il s'agit de l'intervention la plus pratiquée actuellement, avec 15 000 interventions par an en France, elle est également réalisée par voie laparoscopique en première intention.

La perte de poids attendue est de l'ordre de 45 à 65% de l'excès de poids après 2 ans, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 25 à 35 kg (38).

Les principales complications sont :

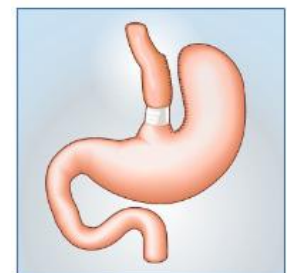
Les ulcères, fuites ou rétrécissement au niveau de l'estomac restant, les hémorragies digestives post-opératoires précoces (1,5 p.100), les fistules gastriques précoces (3p.100), la dilatation de l'estomac.

Il existe un risque accru de reflux gastro-œsophagien, dont la présence et les complications sont à bien évaluer en pré-opératoire, car il peut contre-indiquer la technique. Le taux de mortalité est estimé à 0,2%.

La gastroplastie verticale calibrée, de moins en moins pratiquée

Cette intervention est à présent désuète, elle n'est plus pratiquée en France.

Figure 6 -
Gastroplastie
verticale calibrée



Gastroplastie verticale
calibrée

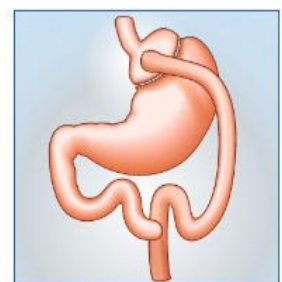
- Les techniques mixtes, associant restriction gastrique et malabsorption intestinale.

Le By-pass gastrique ou court-circuit gastrique, By-pass sur anse en Y dit « Roux-en-Y » (36, 37)

La technique consiste à réduire la taille de l'estomac à une poche gastrique par une partition horizontale de l'estomac permettant ainsi de diminuer la quantité d'aliments ingérés, en associant un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin, par une anastomose gastro jéjunale sur anse en Y sur la poche supérieure mesurant de 100 à 150 cm selon l'importance de l'obésité, éliminant les troubles liés au reflux bilio-gastrique. Les aliments arrivent directement dans la partie moyenne du grêle en moindre quantité.

Cette technique est réalisée par voie laparoscopique et reste réversible, aucun organe n'est retiré, mais les indications en sont

Figure 7 - Bypass
gastrique



Bypass gastrique

rares (dénutrition majeure due au montage, malaises hypoglycémiques non contrôlés mettant en jeu le pronostic fonctionnel et vital).

L'intervention dure entre 1h30 à 3 heures, la durée d'hospitalisation est estimée de 4 à 8 jours.

La perte de poids attendue est de l'ordre de 70 à 75% de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 35 à 40 kg, cette perte de poids varie selon les séries (2, 39). La perte de poids est immédiate, maximale au cours des six premiers mois, puis lentement progressive au cours des 18 mois suivants.

Les complications sont de 3 ordres :

Les complications chirurgicales : ulcère, fuite, sténose de la jonction gastro-jéjunale, hémorragies, occlusion dont le risque tardif de hernie interne.

Les complications nutritionnelles, protéino-énergétiques, vitaminiques, nécessitant une supplémentation vitaminique à vie.

Les complications fonctionnelles :

Dumping syndrome précoce, au cours ou en fin de repas, en cas d'absorption d'aliments à fort potentiel énergétique, ou bien glacés ou très chauds, dont les manifestations sont principalement vasomotrices, avec sensation de malaise, sueurs, bouffées de chaleur, palpitations, asthénie profonde, et parfois diarrhée vasomotrice avec état nauséux. Ils peuvent alors conditionner le comportement alimentaire avec un effet dissuasif chez les mangeurs de sucre (40).

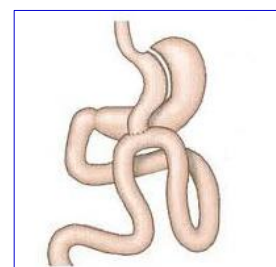
Malaises hypoglycémiques tardifs, survenant en post-prandial tardif, provoquant une confusion voir une perte de connaissance, en phase post-absorptive, favorisés par une réponse hyper insulinaire après l'augmentation très rapide de la glycémie en post prandial. Il est alors conseillé de consommer des aliments à faible index glycémique, des aliments riches en fibres solubles et de fractionner les repas. En cas d'échec un traitement par Acarbose peut être essayé.

Le taux de mortalité est estimé à 0,5%.

Le Mini by-pass (37)

Cette technique, réalisée par voie laparoscopique, consiste à confectionner une poche gastrique plus longue que celle réalisée dans le by-pass gastrique classique et à l'anastomoser avec une anse jéjunale en oméga, préalablement repérée à 2 m de l'angle duodéno-jéjunale et à la monter par voie pré-colique, il n'y a donc plus d'anse en Y, rendant l'intervention plus facile et rapide, avec durée opératoire en moyenne de 36 minutes (41) et une durée d'hospitalisation de 1,5 jours, un taux de complication, de 5,2 p.100 et une perte de poids moyenne de 77 p.100 de l'excès de poids en moyenne. Cependant cette technique en apparence attractive manque d'évaluation suffisante, notamment concernant le risque de complications à distance telles que les ulcères anastomotiques ou la majoration du reflux

Figure 8 - Mini by-pass



gastro-œsophagien biliaire à l'origine d'ulcères avec à long terme un risque de cancérisation du bas œsophage.

La Dérivation biliopancréatique (36)

Il s'agit d'une technique complexe qui est peu pratiquée en France car elle provoque une véritable maladie iatrogène par malabsorption avec de nombreuses carences vitaminiques et une dénutrition protidique. Elle consiste en une gastrectomie partielle avec division de l'intestin grêle en deux parties au niveau de l'iléon avec raccord gastrique de la portion distale de l'iléon, constituant l'anse alimentaire et conservation de l'anse proximale du grêle raccordée à la fin du grêle avec anastomose iléo-iléale afin de conduire les sécrétions hépatiques, biliaires et pancréatiques, ainsi les aliments ne sont assimilés que sur une courte portion du grêle et passent directement au colon sans être absorbés.

Figure 9 - Dérivation biliopancréatique



Cette technique est réservée aux IMC ≥ 50 kg/m², et /ou après échec d'une autre technique, elle doit être pratiquée par une équipe spécialisée. Elle permet une perte de poids de l'ordre de 75 à 80% de l'excès de poids. Outre le risque majeur de carences nutritionnelles, il existe également des complications fonctionnelles invalidantes telles que les diarrhées avec selles malodorantes.

Le bilan pré-opératoire

L'évaluation pré-opératoire est le fait de l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire. Il est important de déterminer l'historique de l'obésité chez le malade et éventuellement sa famille, cela donne une idée des capacités du malade à se soumettre à certaines règles.

Les recommandations de la HAS sont les suivantes (21)

- La réalisation du bilan et la prise en charge des comorbidités cardio-vasculaires, métaboliques dont la stéatohépatite, et respiratoires afin réduire le risque opératoire.
- Une évaluation du comportement alimentaire et la prise en charge d'un éventuel trouble du comportement alimentaire.
- Un bilan nutritionnel et vitaminique (dosages d'albumine, hémoglobine, ferritine et coefficient de saturation en fer de la transferrine, calcémie, vitamine D, vitamines B1, B9, B12) et une correction des déficits éventuels.
- Une évaluation des capacités de mastication.
- Une endoscopie œsogastroduodénale et la recherche d'*Helicobacter pylori*.
- L'évaluation psychologique et psychiatrique est recommandée pour tous les patients candidats à la chirurgie bariatrique.

La mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique ciblant la diététique et l'activité physique est recommandée dès la période pré-opératoire.

La décision d'intervention est prise à l'issue d'une **concertation de l'équipe pluridisciplinaire**. Un coordinateur référent est identifié pour chaque patient et les conclusions de cette concertation doivent être formalisées et transcrites dans le dossier du patient ; communiquées au patient, à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire ainsi qu'au **médecin traitant**.

Les recommandations de la HAS n'ont pas de valeur impérative, il ne s'agit pas d'une réglementation insérée au Code de la Santé publique mais d'un consensus professionnel.

3- Un suivi post-opératoire à vie

3-1- Succès et échecs en termes de chirurgie

Comment définir le succès en chirurgie bariatrique ?

Le succès se définit sur trois critères : la réduction de l'excès de poids, l'amélioration des comorbidités et l'amélioration de la qualité de vie (1).

La perte de poids :

Au niveau de l'individu la perte de poids s'exprime par le nombre de kilogrammes perdus, c'est ce que le patient retiendra. Dans la littérature chirurgicale, les résultats sont exprimés en « perte d'excès de poids ».

L'excès de poids est défini comme suit : poids idéal – poids, selon les *Metropolitan tables*.

Les *Metropolitan tables* sont issues des données de compagnies d'Assurance concernant 4,2 millions d'assurés canadiens et américains suivis pendant 18 ans de 1954 à 1972, présentant des intervalles larges de poids en fonction du sexe et de la taille, avec une moyenne sélectionnée comme étant le poids idéal.

La perte d'excès de poids en pourcentage se calcule comme suit :

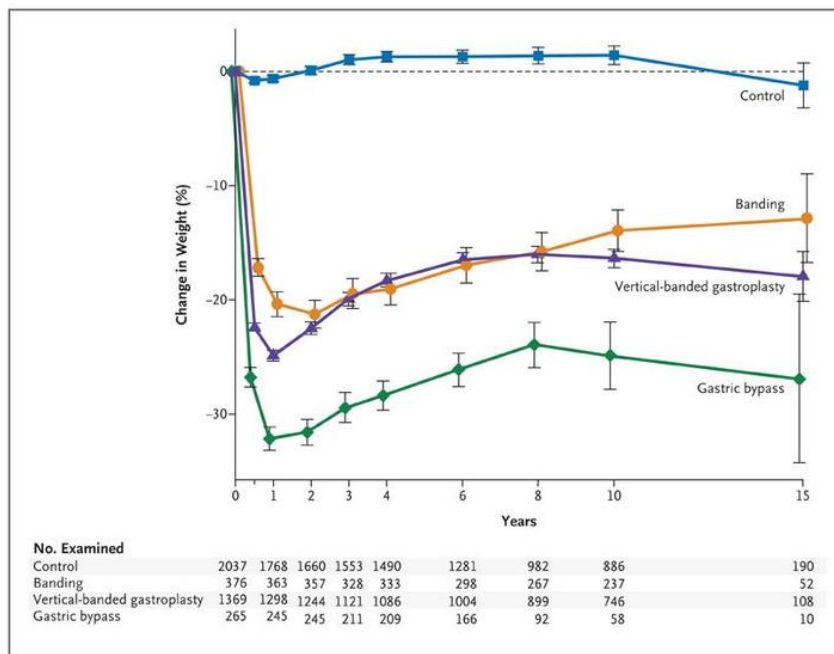
$$\text{PEP (p.100)} = (\text{poids pré-opératoire} - \text{poids actuel}) / (\text{poids pré-opératoire} - \text{poids idéal}) \times 100$$

L'appréciation de la chirurgie de l'obésité fait actuellement référence aux critères de Reinhold, le succès se définit par une perte de l'excès de poids égale ou supérieure à 50 p.100, et l'échec par une perte inférieure à 25 p.100.

L'amaigrissement maximal survient, en règle générale, au bout des douze premiers mois, sachant qu'il existe une grande variabilité interindividuelle sans réel facteur prédictif.

L'étude prospective SOS concernant une cohorte de 4047 patients obèses, dont 2010 opérés d'une chirurgie bariatrique permet d'approximer l'effet des différentes techniques sur la perte de poids avec un recul de 15 ans (2).

Figure 10 - Etude SOS – Perte de poids à 15 ans selon les différentes techniques chirurgicales



Les chiffres annoncés étant des moyennes avec de grands écarts types, il existe une perte de poids prévisible de **20 p.100 du poids initial après un anneau gastrique**, avec une tendance à la reprise pondérale au fil des années, de **20 à 30 p.100 après une gastrectomie en manchon**, souvent présentée comme une intervention proche de la sleeve gastrectomie, et de **30 à 40 p.100 après un by-pass gastrique** à un an après l'intervention.

Appréciation de la qualité de vie et de son amélioration

Les dimensions psychologiques et sociales conditionnent la motivation et le suivi des patients obèses.

Il existe différents outils permettant d'évaluer les modifications en termes de qualité de vie chez les patients opérés, notamment le SF-36, questionnaire générique comportant 36 items évaluant la qualité de vie et par conséquent le retentissement de l'obésité, sur l'activité physique, les sphères mentales et psychosociales. Cependant ce questionnaire est généraliste et non spécifique de l'obésité.

Le questionnaire BAROS (41) a été créé afin d'apprécier les changements après la chirurgie bariatrique dans trois domaines : la perte de poids, l'amélioration de la situation médicale et la qualité de vie. Il peut en réalité s'appliquer à toutes les techniques visant à une réduction pondérale.

Une revue systématique de la littérature parue en 2005 (44) confirme l'amélioration évidente de la qualité de vie des patients opérés de chirurgie bariatrique.

Facteurs prédictifs d'un succès de la chirurgie

Une étude nationale effectuée par la CNAM sur tous les patients opérés d'un anneau gastrique ajustable entre 2002 et 2003 en France (45), a permis de mettre en évidence cinq critères de succès à un an et deux ans : l'âge de moins de 40 ans, l'IMC initial inférieur à 50 kg/m², l'adhésion à une reprise de l'activité physique, la modification du comportement alimentaire et la prise en charge par une équipe effectuant plus de deux interventions de chirurgie bariatrique par semaine.

3-2- Suivi médical après chirurgie bariatrique – un suivi à vie

3-2-1 Modalités et rythme du suivi

Le nombre de personnes opérées ne cessant d'augmenter, il est crucial d'optimiser la qualité du suivi systématique des patients opérés sur le court et le long terme des patients, afin de pouvoir être rapidement réactifs en cas de complications, tout en veillant à ne pas surexposer ceux pour lesquels tout se passe bien. La HAS a émis des recommandations spécifiques pour le suivi après chirurgie bariatrique, que nous allons détailler.

La problématique actuelle étant celle du suivi à long terme, reflétée par le nombre important de **perdus de vue** dans les études publiées, de l'ordre de **25 à 50 p.100**. Dans l'étude menée par la CNAM en 2002-2003, le protocole de suivi n'était pas respecté pour 53 p.100 des patients et le nombre de perdus de vue était de 18 p.100 à 2 ans (46).

Le contenu du suivi : recommandations de la HAS (21)

Le suivi et la prise en charge du patient après chirurgie bariatrique s'intègre dans le cadre d'un programme personnalisé, il est assuré par l'équipe pluridisciplinaire qui a posé l'indication opératoire, en liaison avec le médecin traitant. Ce suivi doit être assuré la vie durant, en raison du caractère chronique de l'obésité et du risque de complications tardives, qu'elles soient d'ordre chirurgicales ou nutritionnelles.

Les patients devraient être vus au moins 4 fois la première année, puis au minimum une à deux fois par an par la suite, cependant la fréquence des visites doit être adaptée à la procédure et au patient.

Suivi post-opératoire précoce : les 3 premiers mois

Il est assuré initialement en hospitalisation, une prévention thrombo-embolique par le levé précoce et anti coagulation préventive par héparine de bas poids moléculaire est recommandée ainsi que l'utilisation péri-opératoire de matériel de compression veineuse.

Les premiers jours et premières semaines exposent aux risques de complications chirurgicales, quelle que soit la technique, à savoir les perforations, les fuites digestives, les complications hémorragiques et les occlusions.

Le patient doit être informé des signes d'alarme devant le conduire à consulter en urgence le chirurgien de l'équipe pluridisciplinaire. Ces signes sont la survenue de douleurs abdominales inhabituelles ou prolongées, l'apparition d'une dysphagie, les vomissements autres que fonctionnels, et l'hyperthermie dans le post-opératoire immédiat.

Il est également fondamental d'insister sur les modalités de réalimentation post-opératoire, afin de réduire les risques de complications chirurgicales graves en lien avec le non-respect de ces mesures.

Ce suivi est donc assuré par l'équipe chirurgicale et de préférence par l'équipe nutritionnelle ayant posé l'indication opératoire. Il est recommandé de donner au patient une carte ou un livret donnant les informations sur l'intervention réalisée et les supplémentations prescrites.

Suivi à moyen et long terme

Après la chirurgie bariatrique, il est recommandé :

- D'évaluer la perte de poids et sa cinétique.
- De surveiller les comorbidités, notamment le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, le syndrome d'apnée du sommeil, la stéatohépatite non alcoolique.
- D'évaluer la qualité de vie du patient.
- De mener une enquête alimentaire et de réitérer les conseils diététiques.
- De rechercher les signes cliniques de dénutrition ou de carences vitaminiques, notamment les signes neurologiques.
- De réaliser un bilan nutritionnel et vitaminique orienté par la clinique et la technique opératoire, dès 3 mois, renouvelé à 6 mois, puis au moins annuellement.
- D'adapter les posologies des traitements en cours en cas de chirurgie malabsorptive pouvant entraîner une malabsorption de médicaments tels que les anticoagulants, les hormones thyroïdiennes, les anti-épileptiques.
- De recourir à une supplémentation systématique après chirurgie malabsorptive dont la durée ne peut être précisée, à vie par défaut. La supplémentation peut être renforcée en cas de situations particulières par voie parentérale.
- Prévenir les patients des risques auxquels ils sont exposés en cas de carence, des risques encourus en l'absence de supplémentation et des signes d'alarme faisant suspecter une carence grave, notamment les signes neurologiques (paresthésies, troubles mnésiques, troubles sensoriels avec baisse d'acuité visuelle).
- A noter, après une chirurgie malabsorptive il est recommandé dans le cadre de recommandations de grade B, en prévention de la lithiase biliaire et en l'absence de cholécystectomie, la prescription d'acide ursodésoxycholique à la dose de 600 mg/jour pendant 6 mois.
- Les patients sont également souvent traités en systématique par Inhibiteurs de la pompe à protons dans les 3 premiers mois post-opératoires.

En pratique, l'expérience clinique incite à souligner quelques points (47) :

- L'adaptation du traitement des comorbidités est nécessaire dès la phase post-opératoire précoce pour ce qui est des traitements du diabète et de l'hypertension artérielle. Ces

traitements devront être réévalués régulièrement dans les 2 premières années du suivi, en parallèle des variations pondérales, qu'il s'agisse d'une perte de poids ou d'une éventuelle reprise.

En règle général, les doses d'insuline sont souvent diminuées de moitié, dans certains cas le sevrage en insuline est également envisageable, les anti-diabétiques oraux tels que les inhibiteurs du DPP4 seront arrêtés, ainsi que les analogues du GLp1. Le traitement à privilégier restera la metformine, tout en veillant à diminuer les posologies afin d'améliorer la tolérance digestive. Une auto surveillance glycémique renforcée dans les premiers temps suivant la chirurgie peut faciliter ces ajustements.

Concernant les traitements antihypertenseurs, la règle est de diminuer ou arrêter les diurétiques, en raison de l'interaction possible avec le métabolisme potassique, et de maintenir les inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou les ARA2, tout particulièrement s'il existe un diabète associé.

Un éventuel syndrome d'apnée du sommeil sera réévalué à partir du 6^{ème} mois post-opératoire. Cependant il n'est pas rare que les patients arrêtent d'eux-mêmes l'appareillage, il est donc important de les informer sur le fait que l'appareillage doit être maintenu jusque cette nécessaire réévaluation.

- Il n'est pas rare que les compléments vitaminiques soient mal tolérés, notamment dans les premiers mois post- opératoires, il est alors important pour le médecin en charge de la prescription de connaître les équivalences et les différentes formes galéniques.

L'impératif du suivi est bien décrit et justifié pour les soignants, cependant les patients échappent fréquemment aux visites du suivi même lorsque celui-ci est programmé. Les patients asymptomatiques peuvent échapper au dépistage des carences vitaminiques ou au dépistage d'une reprise pondérale. L'aspect **chronique** instaure une lassitude certaine quant au suivi. **La qualité de la relation soignant-soignée doit donc jouer un rôle important afin de favoriser le suivi.**

3-2-2 Recherche et prise en charge des carences nutritionnelles

L'identification et la correction des déficits nutritionnels font parties des priorités du suivi après chirurgie bariatrique en raison des complications auxquelles elles exposent.

Mécanismes physiopathologiques des carences nutritionnelles

Tout d'abord, il n'est pas rare d'observer des déficits nutritionnels préexistants à la chirurgie plus fréquents chez la population obèse, notamment en fer, vitamine D, vitamine B12 et folates (21). Il conviendra donc de les diagnostiquer et de les traiter afin d'éviter leur aggravation.

A court terme :

- déficit en fer : 26 à 44 %, fréquent en pré-opératoire
- déficit en vitamine D : 21 à 68 %, fréquent en pré-opératoire

A moyen et long terme :

- déficit en vitamine B1 : 29 %,
- déficit en vitamine B12 : 3 % à 8 %,
- déficit en folates : 6 %.

Dans tout type de chirurgie, il existera un risque de carence d'apports lié à la restriction alimentaire occasionnée et à l'intolérance possible à certains aliments.

Les techniques associant l'exclusion de la partie inférieure de l'estomac (by-pass gastrique et switch duodénal) aboutissent à une maldigestion et une malabsorption des aliments et à une diminution de la sécrétion acide gastrique nécessaire à l'absorption de certains micronutriments, de la vitamine B12 et du fer.

Lorsque le montage est constitué d'un court circuit digestif, cela entraîne une maldigestion et une malabsorption duodéno-jéjunale. Le duodénum est le site principal d'absorption du calcium, du fer et de la vitamine B1. Il existe également une asynergie entre l'arrivée du bol alimentaire et des sécrétions bilio-pancréatiques dans la portion commune de l'intestin.

Dans la grande majorité des cas une prescription adaptée en post opératoire permet de prévenir les carences importantes. Après une chirurgie malabsorptive les carences les plus fréquemment observées concernent les protéines, le fer, la vitamine B12, le calcium et la vitamine D (48). Dans le cas des chirurgies restrictives les carences observées concernent le fer.

Tableau 1 – Principales carences post-opératoires et facteurs favorisant selon le type de chirurgie

Déficiences en nutriments ou complications	Risque selon le type de chirurgie	Facteurs favorisant	Complications ou conséquences
Vomissement	AGA ++ BPG ± SG ±	Obstruction alimentaire (anneau trop serré) Sténoses de l'anastomose	Hypokaliémie Déshydratation Insuffisance rénale
Fer	AGA + BPG ++ SG +	Déficit pré-opératoire Saignements péri-opératoires Menstruations Diminution de la consommation de viande rouge Malabsorption	Microcytose Anémie Asthénie Troubles des phanères
Vitamine B12	AGA + BPG ++ SG + (?)	Diminution des apports alimentaires journaliers et de la consommation de viande. Chirurgie malabsorptive Perte de poids importante	Macrocytose Anémie Neuropathie
Calcium Vitamine D	AGA – ou ± BPG ++ SG – (?)	Diminution de la consommation d'aliments riches en calcium Malabsorption du calcium et de la vitamine D	Hyperparathyroïdie secondaire Hypocalcémie Ostéomalacie Ostéoporose Fracture
Vitamine B9	AGA ± BPG ± SG ±	Apports faibles en fruits et légumes Faible observance de la supplémentation	Macrocytose, Anémie Anomalie de la fermeture du tube neural (femme enceinte)
Protéines	AGA – BPG ± SG – (?)	Apports protéiques faibles, vomissements Pathologies intercurrentes, complications chirurgicales Perte de poids importante	Faiblesse musculaire Troubles des phanères Œdèmes
Vitamine B1	AGA ± BPG ± SG ± (?)	Déficit pré-opératoire Vomissements répétés Perte de poids importante Perfusion de soluté glucosé sans supplémentation en vitamine B1	Neuropathie Encéphalopathie de Gayet-Wernicke
Zinc, sélénium, cuivre	AGA + BPG ++ SG : (?)	Faibles apports Perte de poids importante	Zinc : Alopécie (?) Sélénium : pas de symptôme Cuivre : Anémie, neutropénie, ostéomalacie
Autres vitamines (A,E,K)	AGA – BPG – ou ± SG -	Chirurgie malabsorptive Perte de poids drastique	Vit A : Difficultés visuelles nocturnes Vit E : Augmentation du stress oxydant Vit K : Troubles de la coagulation

- : très rare ± : rare + fréquent ++ : très fréquent (?) : Absence de données

AGA : Anneau Gastrique Ajustable BPG : *By-Pass* Gastrique SG : *Sleeve* Gastrectomie

Cependant malgré la prise de suppléments vitaminiques, les carences nutritionnelles restent fréquentes après un by-pass gastrique (49), cela justifie une surveillance régulière clinico-biologique, complétée lorsque cela est possible par la DEXA en cas de perte de poids supérieure à 10 p.100 du poids et l'Ostéodensitométrie tous les 2 ans en cas d'anomalie.

Le bilan biologique conseillé est : Albuminémie et Pré-albumine, Hémoglobine, Ferritinémie, Fer sérique et coefficient de saturation en fer, Transferrine, Calcémie, 25-OH Vitamine D, Parathormone, Vitamines A, B1, B9, B12, Zinc et Sélénium.

Tableau 2 – Prévention après chirurgie malabsorptive et traitement des déficits nutritionnels après chirurgie bariatrique (48)

Nutriments	Prévention des déficits	Traitement des déficits
Protéines	Apports alimentaires : 60 à 120 g/Jour Si < 60 g/J : suppléments protéiques, textures à adapter au choix du patient (ex : Fortimel®200 ml, crème Ressource HP®)	Supplémentation orale ou parentérale si nécessaire
Fer	Fumarate ou gluconate de fer à 80 mg/J (ex : Tardyferon® :1/J, Fumafer® : 2/J) A augmenter chez la femme réglée	Augmenter le dosage > 300 mg/J, association avec la vitamine C (ex : Ferro-Grad® 105 mg fer et 500 mg Vit C) Supplémentation parentérale si insuffisant (ex : Ferinject®, Venofer®)
Calcium Vitamine D (objectif : 25 OH vitamine D > 30 ng/ml, parathormone normale)	Citrate de calcium 1000 mg/J en association avec la vitamine D 400 à 800 UI/J (ex : Cacit D3® 1000 mg/880 Ui : 1/J)	Vitamine D solution buvable 100 000 Ui à 200 000 Ui/15 jours en surveillant le dosage (ex : Uvedose® 100 000 Ui, ZymaD ₂ ® 200 000 Ui, Vitamine D ₃ Bon®200 000 Ui) Vitamine D injectable si déficit récalcitrant
Vitamine B9	Apport par une multivitamine, 400 µg/J (ex : Azinc optimal® : 2/J) Femme en âge de procréer : 3 mois anté-conceptionnel + pendant la grossesse + lactation , 1 mg/J	Folate Per os entre 1 et 5 mg/J (ex : Speciafoldine®5mg, Lederfoline®5 mg)
Vitamine B1	Apport par une multivitamine (ex : Azinc optimal® : 2/J)	Si carence sans signe neurologique : 500 mg/J (ex : Bernerva® ou Bevitine® 250 mg : 2/J) Si signe neurologique : Vitamine B1 parentérale 500 mg x 3/J pendant 3 jours puis 250 mg/J pendant 5 jours
Vitamine B12	Apport par une multivitamine 250 µg/J (ex : Azinc optimal® : 2/J) Vitamine B12®ampoule buvable 1000 µg : ½ à 1 ampoule/semaine Si voie orale ou compliance insuffisante : Vitamine B12®ampoule 1000 µg : 1 ampoule en IM/mois	Vitamine B12®250µg : 2/J Si anémie, ou déficit non corrigé après 3 mois de traitement oral : Vitamine B12® 1000 µg : 1 injections /mois jusqu'à correction jusqu'à correction du dosage puis dose d'entretien 250 à 500 µg/J per os
Zinc, sélénium, cuivre Vitamine A et E	Apport par une multivitamine (ex : Azinc optimal® : 2/J)	Supplémentation spécifique

Par ailleurs, en cas de perte de cheveux prolongée ou importante, il est conseillé de prescrire une multivitamine contenant du zinc et de s'assurer que la supplémentation martiale est suffisante. En pratique il est associé de la vitamine B5, par exemple, Bepanthene® : 4/jour et CystineB6® : 4/J (48).

3-3- Suivi éducatif

Le programme éducatif établi en pré-opératoire doit être poursuivi afin de s'assurer de la mise en place et du maintien des compétences acquises par le patient au plan de la diététique et de l'activité physique.

3-3-1 Suivi Diététique

Suivi Diététique : conseils nutritionnels après chirurgie bariatrique (50)

Le suivi diététique après chirurgie bariatrique est indispensable, les conseils permettront au patient d'adapter leurs habitudes alimentaires, modifiées par la chirurgie. Les conseils sont donnés en pré-opératoire par l'équipe ayant posé l'indication chirurgicale, cependant c'est une fois l'intervention réalisée que le patient se questionne face à son assiette.

La réalimentation en post-opératoire immédiat

A l'hôpital, la reprise alimentaire est autorisée par le chirurgien, elle est initialement sous forme liquide (eau, thé, bouillon) permettant de tester la tolérance du tube digestif. La texture évolue ensuite vers le semi-liquide (bouillon, yaourt, compote) puis vers le mixé en ajoutant purée et autres aliments mixés, sans graisse ni saccharose pour le by-pass avec des prises alimentaires fractionnées en six fois permettant l'apport de petits volumes.

De retour au domicile l'alimentation reste mixée et fractionnée pendant deux semaines pour la sleeve gastrectomie et le by-pass, afin de permettre une meilleure cicatrisation du montage. La texture sera ensuite élargie en fonction de la tolérance du patient. A un mois post-opératoire une texture habituelle et une alimentation équilibrée devront être réintroduites, parfois source d'appréhension par les patients. Il est important d'assurer un apport hydrique satisfaisant, s'avérant compliqué les premiers jours suivant l'opération. Il est conseillé de boire de petites gorgées en dehors des prises alimentaires, voire d'utiliser une paille. Les boissons gazeuses sont à éviter les premiers jours, sources de complications chirurgicales, elles seront par la suite réintroduites en fonction du goût du patient.

Pour ce qui est de l'anneau gastrique, il est conseillé de rapidement reprendre une alimentation équilibrée et diversifiée de texture normale. En effet retarder la réintroduction d'une alimentation en morceaux peut aggraver les craintes de remanger normalement.

Quel conseil nutritionnel donner ?

Chaque patient correspond à une situation différente, nécessitant des conseils personnalisés, cependant certaines consignes diététiques peuvent s'appliquer à tous :

- Prendre si possible les trois repas principaux et au moins une à deux collations dans la journée.
- Manger lentement, dans le calme, en mastiquant bien de petites bouchées.
- Boire à distance des repas en évitant les boissons sucrées qui pourraient favoriser les dumping syndromes. Ne pas hésiter à boire à la paille les premiers temps.
- N'exclure à priori aucun type d'aliment, tester sa tolérance personnelle.
- Assurer la prise des protéines en premier au cours du repas et privilégier les collations protéinées (biscotte et fromage, yaourt, fromage blanc et petits suisses).
- Ne pas supprimer définitivement les aliments mal tolérés, essayer de les consommer à nouveau en petites quantités.

- En prévention du dumping syndrome, tester très progressivement au sein d'un repas les aliments à forte densité osmotique et les aliments ou boissons glacés ou très chauds.
- La consommation d'alcool en convivialité se teste en petite quantité, en effet les court-circuits digestifs favorise une absorption plus rapide de l'alcool et exposent les patients à des effets d'alcoolisation plus rapides qu'en pré-opératoire.

Concernant la quantité des aliments, une prescription diététique chiffrée n'a pas lieu d'être, chaque patient a sa capacité et tolérance digestive. Le patient doit rester attentif à la perception du rassasiement, signalant que la nouvelle poche gastrique est pleine. Il faut rassurer les patients sur le caractère normal des petites quantités tolérées à chaque prise alimentaire, notamment dans les tous premiers mois suivant l'intervention.

Les modifications du comportement alimentaire

Les perceptions gustative et olfactive peuvent être modifiées. La modification du goût peut être agréable ou bien désagréable et rendre les aliments écœurants ou bien les rendre moins intéressants, aidant ainsi certains patients à ne plus consommer certains produits. Les préférences alimentaires se modifient, une attirance vers les fruits et légumes est souvent décrite.

Les odeurs peuvent être exacerbées, et généralement désagréable, allant jusque provoquer des nausées (odeur de café, cosmétiques...).

Les intolérances alimentaires sont fréquentes après la chirurgie, notamment après un by-pass. Elles sont individuelles et causées par divers facteurs. Elles peuvent être un frein à la diversification alimentaire. Un aliment mal toléré ne doit pas être supprimé définitivement de l'alimentation, il faudra le tester à nouveau en petites quantités.

Les intolérances les plus fréquentes concernent la viande rouge, le pain en baguette, le lait, les aliments fibreux de texture filandreuse comme certains légumes (asperge, fond d'artichaut, vert de poireaux) et de fruits (ananas, pomme), ou bien le mode d'assaisonnement ou de cuissons.

Cependant il faut rester vigilant quant à une possible restriction alimentaire volontaire des patients dans le post opératoire. En effet la crainte de regrossir dans le post-opératoire mêlée à l'appréhension des complications digestives à type de vomissements ou dumping syndrome ainsi que les pensées cognitives sur l'alimentation sont autant de facteurs de craintes et d'angoisse pouvant contrarier la réintroduction d'une alimentation diversifiée. Il est donc primordial de rassurer les patients sur ces différents points.

Modifications du transit

Les modifications du transit ne sont pas systématiques. Les diarrhées sont plus fréquentes au cours du premier mois et régressent au fil des semaines. La constipation est souvent rapportée, renforcée par la prise de la supplémentation martiale, la diminution du bol alimentaire, la réduction des apports en fibres et des apports hydriques.

Organisation des repas

Lorsque cela est possible, il est préférable que les repas soient préparés par une tierce personne les premières semaines suivant la chirurgie. En effet la préparation des repas peut

s'avérer compliquée en raison des dégoûts alimentaires, des exacerbations des odeurs et de la fatigue liée à la chirurgie. Dans le cas échéant, on conseillera de consommer des plats préparés riches en protéines.

Par la suite, les repas doivent rester des moments conviviaux, à intégrer dans l'organisation familiale afin de pouvoir assurer le calme et la détente au cours des repas. Le patient ne doit pas s'exclure définitivement des repas familiaux. Quant aux restaurants et aux invitations chez des amis, ils ne devront pas être exclus, les habitudes se modifieront au cours du temps, en restant vigilant à l'attention à porter à la mastication et à la quantité du bol alimentaire.

Les complications digestives

Certains signes digestifs peuvent être le témoin de complications plus ou moins graves du montage chirurgical, ils doivent être connus de tous les intervenants, i compris des patients.

Les signes d'alarme doivent être connus du médecin généraliste, rappelés au patient, et imposent une orientation rapide vers l'équipe ayant posée l'indication opératoire. Ces signes sont une **intolérance alimentaire solide et liquide absolues, les vomissements répétés, des douleurs abdominales localisées récidivantes, plus ou moins associées à des troubles du transit.**

Il existe d'autres complications plus fréquentes et moins graves, face aux quelles le médecin généraliste peut être confronté, elles ne nécessitent pas d'adresser systématiquement le patient vers des soins spécialisés.

- Le blocage alimentaire : il est conseillé d'arrêter de manger, éventuellement de boire une gorgée d'eau, de se lever de table et marcher, et surtout attendre quelques minutes avant de finir le repas, une fois la gêne passée. Il faut également manger plus lentement, ce qui sera favorisé par le masticage de petites bouchées. Il peut être provoqué par un aliment en particulier, il ne faut pas écarter définitivement l'aliment responsable, mais plutôt le réintroduire en petites quantités.
- Les vomissements occasionnels : il est conseillé de diminuer le volume des repas (la bouchée de trop), ne pas manger au-delà de la satiété, manger plus lentement dans le calme, fractionner si possible l'alimentation avec une plusieurs collations. Il faut également supprimer la prise de boisson juste avant ou pendant le repas.
- Le dumping syndrome : il est conseillé de supprimer les aliments à forte osmolarité, c'est-à-dire sucrés, gras et sucrés, très salés et de fractionner les prises alimentaires.
- Les malaises hypoglycémiques (survenant spontanément en phase post-absorptive, pouvant s'accompagner de confusion et/ou perte de connaissance, favorisé par une réponse hyperinsulinique après une augmentation trop forte et trop rapide de la glycémie associée à une augmentation de la vidange gastrique) : il est conseillé de consommer des aliments à faible index glycémique, des aliments riches en fibres et fractionner les repas avec des collations.
- Les diarrhées : il est conseillé de limiter temporairement les aliments riches en fibres.

3-3-2 Suivi de l'activité physique (51)

La reprise d'une activité physique régulière et adaptée à la situation somatique est l'un des facteurs majeurs de succès de la chirurgie bariatrique. D'un point de vue nutritionnel, l'exercice physique permet de maintenir la masse musculaire et d'optimiser la perte de poids

ou du moins d'empêcher la reprise pondérale. Elle est envisagée après accord du chirurgien lors de la visite post-opératoire à un mois.

Le patient doit essayer dans un premier temps de marcher 15 minutes tous les jours les premières semaines après l'intervention, puis 30 minutes/jour ou maintenir une activité physique régulière.

3-4- Suivi psychologique

Le suivi psychologique et psychiatrique du patient après chirurgie est recommandé pour les patients qui présentaient des troubles du comportement alimentaire ou des pathologies psychiatriques en pré-opératoire. Pour les autres patients le suivi devra être proposé au cas par cas.

Ce suivi a pour objectif (21) :

- D'évaluer le retentissement psychologique, social et familial de l'intervention et de la perte de poids.
- D'identifier d'éventuelles difficultés à mettre en œuvre les changements comportementaux nécessaires et d'aider le patient à surmonter ces difficultés.
- D'accompagner le patient dans les réaménagements psychiques liés à la chirurgie et à la perte de poids, notamment en lien avec les modifications de l'image corporelle.

Il peut être assuré par un psychologue ou psychiatre membre ou non de l'équipe pluridisciplinaire, s'il n'en fait pas partie, il doit travailler en concertation avec le psychiatre ou le psychologue de l'équipe pluridisciplinaire.

La chirurgie a souvent des effets majeurs sur l'amélioration somatique des patients obèses et entraîne des bénéfices et des inconvénients psychologiques.

Relations sociales

Les relations sociales peuvent être profondément bouleversées (50). La personne obèse est souvent perçue comme joviale et gentille sans lien de compétition, notamment sur le plan de la séduction. Cependant l'aspect physique se modifie après l'opération, souvent dans le sens d'une plus grande érotisation, pouvant susciter des avantages mais parfois aussi des inconvénients tels qu'une rivalité et une jalousie avec ses pairs, pouvant être source de déstabilisation face à des manifestations d'hostilité.

L'équilibre du couple peut être modifié par le changement corporel radical. Le partenaire peut avoir des difficultés à s'adapter aux changements corporels. L'opération n'est pas toujours la garantie d'une amélioration de la vie de couple.

Les patients se révèlent souvent plus stables sur le plan émotionnel un ou deux après la chirurgie, souvent plus capables de faire face à des situations stressantes, plus énergiques et ambitieuses socialement.

L'humeur

L'humeur est stabilisée ou bien améliorée par la chirurgie bariatrique (53, 54). Si les affects dépressifs sont en lien avec l'épuisement psychique dû aux nombreux régimes faits ou aux conséquences liées à l'obésité, la symptomatologie dépressive ne peut que s'améliorer après la chirurgie et la perte de poids. Le même raisonnement est appliqué en cas de perte de

poids insuffisante par rapport aux attentes du patient, pouvant alors déclencher ou bien chroniciser une dépression. Les affects anxieux peuvent diminuer ou se majorer en lien avec le rapport que le patient entretenait ou entretient avec la nourriture. Par ailleurs tous les patients opérés restent angoissés de reprendre du poids, ce qui se manifeste de façon plus ou moins marquée.

L'image corporelle

La perte de poids rapide due à l'opération peut provoquer chez certains patients un décalage entre l'image corporelle intériorisée et le corps réel après l'opération. L'insatisfaction corporelle est importante chez les patients qui ont eu une obésité sévère souhaitant réaliser une chirurgie bariatrique, notamment chez les femmes (55). La perte de poids générée par la chirurgie permet une amélioration significative de l'insatisfaction corporelle (54). Cette satisfaction est fortement liée à l'accès à un habillement plus aisé tendant vers la « normalité ».

Cependant le discours sur ce nouveau corps nu, dépourvu de ses vêtements, peut être différent. Devant la perte de poids importante, il gardera les stigmates de l'obésité avec l'apparition d'une peau flasque, distendue, des vergetures. Nombre de patient s'en accommoderont, gardant la satisfaction de ne plus être stigmatisés et feront avec ce nouveau corps nu.

Les troubles du comportement alimentaire

Plus de la moitié des patients candidats à la chirurgie bariatrique ont des troubles du comportement alimentaire (TCA) (57). Finalement le comportement alimentaire avant la chirurgie n'a que peu d'influence sur la perte de poids après chirurgie, la présence de TCA sévère en pré-opératoire ne constitue donc pas une contre-indication absolue à la chirurgie, si ces troubles ne sont pas les témoins d'une dépression sévère ou de troubles de l'image de soi. Le comportement alimentaire en post-opératoire s'avère être un déterminant plus important (58).

Les éléments psychologiques sont des éléments permettant d'évaluer la pertinence de l'indication opératoire et du suivi après la chirurgie, il est primordial de reconnaître les situations pouvant être aggravées par l'acte chirurgical et le patient doit pouvoir consulter le psychologue ou le psychiatre dans les suites opératoires afin d'aborder d'éventuelles difficultés.

L'addiction à l'alcool

Une étude de cohorte prospective sur 2000 patients opérés, suivis à 2 ans, évalue les troubles liés à l'alcool après chirurgie bariatrique. Il en ressort une augmentation significative de la consommation d'alcool et des troubles liés, d'autant plus qu'il s'agit de sujets de sexe masculin, d'âge jeune, ayant une consommation antérieure à la chirurgie de plus de 2 verres/jour et un usage récréatif de drogues (59). Le risque paraît augmenté en cas de by pass gastrique, comparé à l'anneau gastrique.

3-5- Désir de grossesse

La survenue d'une grossesse au décours d'une chirurgie bariatrique n'est pas un évènement rare compte tenu de la prévalence élevée de femmes en âge de procréer, du rebond de fertilité post-opératoire (60), et du désir de grossesse pré-opératoire pouvant être le moteur de la prise en charge chirurgicale. En effet, l'obésité est à la fois une des étiologies des difficultés des patientes pour avoir une grossesse, mais aussi une source de complications obstétricales, les patientes obèses sont donc orientées vers une chirurgie bariatrique par leur obstétricien (61). Les données de la CNAM de 2011 évaluent à 54% le nombre de femmes opérées âgées de moins de 40 ans.

Le délai de conception recommandé par la HAS, par mesure de précaution, est de 12 à 18 mois après la chirurgie (21), correspondant à la phase de stabilisation pondérale et par conséquent à la période supposée de moindre risque de carences nutritionnelles. Cependant les données de la littérature restent peu nombreuses sur l'évaluation des conséquences de la chirurgie bariatrique sur la grossesse.

La prise en charge de ces grossesses doit être systématisée et discutée au préalable avec les patientes (62). Il est donc fondamental dans le cadre du suivi post-opératoire des patientes opérées en âge de procréer, d'aborder à chaque visite médicale cette question, en veillant dans les premiers temps après la chirurgie à assurer une contraception efficace.

Contraception dans le post-opératoire

La seule certitude est que la contraception doit être systématique les premiers mois suivant la chirurgie bariatrique.

Les moyens contraceptifs à disposition restent un sujet de controverse. En pratique, chaque équipe a ses habitudes et malheureusement il n'existe pas de référentiel permettant d'uniformiser les pratiques. Les raisons en sont les suivantes, l'absorption digestive des contraceptions orales post chirurgie malabsorptive n'est pas connue, les nausées et vomissements consécutifs aux différentes techniques restent parfois imprévisibles, l'obésité et le post-opératoire restent des facteurs de risque d'évènements thrombo-emboliques veineux. Les contraceptions les moins à risque paraissent donc être les contraceptions mécaniques et la contraception progestative par implant (63).

Planification de la grossesse

La planification de la grossesse est fondamentale, elle est sous la responsabilité de chacun, i compris de la patiente. L'information et la prévention sont les garants de cette planification. Une fois le désir de grossesse exprimé, la patiente doit être adressée vers le nutritionniste afin de réaliser un bilan des carences en pré-conceptionnel, et vers l'équipe obstétricale en consultation pré-conceptionnelle. La prise en charge de la grossesse sera multidisciplinaire et devra inclure le chirurgien digestif en cas de complications du montage chirurgical. Une fois toutes ces conditions réunies, les grossesses se passent en règle générale sans complication majeur, cependant cette situation idyllique ne se produit que rarement, probablement par défaut d'information des professionnels impliqués dans la prise en charge.

Le bilan des carences, selon les recommandations britanniques (64), est identique au bilan du suivi annuel des patients opérés de chirurgie malabsorptive. Il conviendra de substituer chaque carence avant de débiter une grossesse.

Complications liées à la grossesse après chirurgie bariatrique

L'information à donner aux patientes quant aux complications spécifiques après chirurgie bariatrique repose sur des revues systématiques de la littérature et des études rétrospectives.

Une revue systématique de la littérature de 2013 (65) conclut à une diminution du risque de diabète gestationnel et de pré-éclampsie chez la mère, sans pouvoir interpréter les résultats concernant les modalités d'accouchement, les pratiques concernant les césariennes étant variables d'un pays à un autre et d'un site à un autre.

Le risque de macrosomie est diminué, le risque de prématurité ne semble pas augmenté, par contre les retards de croissance intra-utérins sont plus nombreux après ajustement sur l'IMC, l'âge, la parité et le tabagisme (66). Quant au risque de malformation congénitale, la majorité des études ne retrouvent pas d'augmentation du risque de malformation, une seule étude contradictoire retrouve un risque augmenté (67).

Les carences nutritionnelles maternelles sont difficilement évaluables (68, 69) et en règle générale, peuvent être prévenues par une attitude préventive.

Supplémentation vitaminique au cours de la grossesse

Il n'existe pas de recommandation française, les recommandations américaines de 2009 de l'ACOG (*American Congress of Obstetricians and Gynecologists*) sont les suivantes :

Fer 100 à 200 mg/jour

Zinc 20 – 30 mg/jour

Calcium 1500 mg/jour

Vitamine B9 400 µg/jour

Vitamine D3 1200 à 2000 UI/jour Vitamine B12 1000 µg/ 3 mois IM ou 250 µg/jour Per os

Protéines : 60 g/jour

Multivitamines : 1/jour

3-6- Demande de chirurgie réparatrice

La perte massive et rapide de poids s'accompagne dans la majorité des cas de modifications de la silhouette, à l'origine d'une transformation de l'image corporelle, pouvant avoir des conséquences psychologiques notables sur les patients et leur entourage. Elle peut également être source d'une gêne fonctionnelle dans la vie quotidienne : gêne à la marche, à l'habillage, à l'activité physique et l'activité sexuelle. La chirurgie plastique vise à corriger les aléas de cet amaigrissement massif. Si la demande de chirurgie réparatrice n'émane pas du patient, elle doit lui être proposée, en tenant compte des dimensions morphologiques et psychologiques du patient (70).

Quand envisager la chirurgie réparatrice ?

Il est recommandé d'attendre un délai de 12 à 18 mois après la chirurgie bariatrique, en l'absence de dénutrition (21). La phase descendante pondérale doit avoir atteint durablement son point bas, avec un poids stable depuis quelques mois, sans tenir compte des variations minimales du poids (70).

Il est recommandé que l'équipe de chirurgie réparatrice soit expérimentée dans la prise en charge des patients obèses.

L'indication doit être discutée avec le patient, l'équipe de chirurgie réparatrice et l'équipe multidisciplinaire suivant le patient.

Les conditions nécessaires pour pouvoir envisager ces interventions sont une demande raisonnable d'une chirurgie réparatrice pouvant concerner plusieurs sites, une compréhension de l'intervention, de ses limites et sa finalité, une information claire et détaillée des risques de complications chirurgicales, le respect d'un délai de réflexion, l'arrêt de tout intoxication tabagique dans la période péri-opératoire afin de réduire le risque de nécrose, l'absence de contre-indication anesthésique et enfin l'accord de la caisse d'Assurance maladie pour la prise en charge.

La première consultation permet d'analyser la demande du patient et de définir les possibilités et les limites de chaque chirurgie. Cette consultation est suivie d'une demande d'entente préalable auprès des caisses d'Assurance maladie, à adresser par le patient lui-même, plus ou moins suivie d'une visite auprès du médecin conseil. Une deuxième consultation est souvent nécessaire après un délai légal de réflexion d'au moins 15 jours, afin de confirmer la décision chirurgicale et de fixer la date opératoire.

Types d'interventions réalisables

Les deux interventions les plus demandées sont la **plastie abdominale** plus ou moins combinée à la plastie d'un pubis pendulum, et la **plastie mammaire**, non prise en charge par l'Assurance maladie (21).

D'autres interventions sont envisageables, en fonction des modifications corporelles : la plastie brachiale, la plastie crurale, la plastie tronculaire, les plasties cervico-faciales, dorsales hautes.

Les suites opératoires nécessitent une convalescence de 1 à 4 semaines en fonction de l'intervention et consistent en des soins locaux associés à la prévention de la maladie veineuse thrombo-embolique, la lutte contre la douleur et le port d'un vêtement compressif assurant la contention du site opéré pendant 6 à 8 semaines.

Les complications opératoires sont celles de la chirurgie de l'obésité, associées aux hémorragies et hématomes, aux infections, aux désunions cicatricielles et aux nécroses, dont la nécrose de lambeau, complication rare mais grave, favorisée par la persistance de l'intoxication tabagique et les carences nutritionnelles.

3-7- Conseils au médecin traitant, les recommandations de la HAS

Devant le nombre **croissant** de patients opérés d'une chirurgie bariatrique, le suivi de ces patients ne s'inscrit plus comme une exception mais comme une situation régulièrement observée en médecine générale. Le médecin généraliste du fait d'une relation particulière et de proximité, a un rôle clef dans la prise en charge de ses patients, particulièrement au décours de la chirurgie.

En pratique il existe encore une certaine ambivalence des médecins, bien que cette approche soit globalement validée par la majorité. Une étude de 2007 sur 99 médecins de soins primaires aux Etats-Unis conclut à l'adhésion de quatre médecins sur cinq à ces techniques (71). Plus d'un praticien sur trois s'estime insuffisamment préparé pour dispenser des soins de bonne qualité.

Le médecin généraliste a un rôle central dans la coordination des soins en France, dans le cadre de l'obésité, ce rôle a été réaffirmé dans le **plan obésité 2010-2013** (5). Il ne peut être valide dans le suivi post-opératoire que s'il existe une collaboration entre le médecin généraliste et les différents professionnels impliqués dans la prise en charge des patients opérés, afin d'assurer un suivi à vie des patients opérés dans les meilleures conditions possibles (72).

Missions du médecin traitant (21)

Le médecin traitant est en première ligne pour la **surveillance**, le dépistage des complications tardives chirurgicales ou nutritionnelles. Le suivi permet également d'**évaluer la perte de poids**, l'évolution des **co-morbidités**, **d'adapter les traitements**, et de **surveiller l'état nutritionnel**. L'**adhésion aux conseils** diététiques, l'adaptation aux nouvelles habitudes alimentaires ainsi que la reprise d'une activité physique doivent être évaluées régulièrement.

Afin de favoriser le suivi, les patients doivent être régulièrement **informés des risques** potentiels graves de l'absence de suivi, et les femmes en âge de procréer informées de la nécessité d'une **contraception** efficace dans les 12 à 18 mois suivant la chirurgie.

La connaissance des techniques de chirurgie bariatrique et de leurs complications, des particularités du suivi, des conseils nutritionnels et des principaux problèmes rencontrés par les patients, permettront aux médecins généralistes de mieux conseiller leurs patients au cours du suivi, tout en conservant la possibilité d'adresser rapidement les patients en cas de nécessité au sein de structures spécialisées.

PARTIE II : ETUDE DE LA PLACE ACTUELLE DU MEDECIN TRAITANT DANS LE SUIVI POST CHIRURGIE BARIATRIQUE

1- Contexte et justification de l'étude

La chirurgie bariatrique connaît actuellement un essor important, en 2013, près de 44 000 patients ont été opérés en France, ce chiffre est en constante augmentation depuis 2006 (19). L'offre de soins actuelle permet de répondre aux demandes de chirurgie en termes de préparation pré-opératoire et de décision spécialisée multidisciplinaire, en accord avec les recommandations de la HAS. Cependant l'enjeu du suivi post-opératoire de l'ensemble des patients opérés ne peut actuellement être assuré par les professionnels spécialisés ayant posé l'indication initiale. Par ailleurs, cette problématique émergente risque de s'accroître dans les années à venir, étant donné le nombre croissant de patients opérés et le possible élargissement des recommandations. Les médecins généralistes, dont les compétences premières sont l'accès de premier recours, l'approche globale des patients, la continuité et la coordination des soins, se retrouvent donc en première ligne. Cependant la place actuelle du médecin généraliste dans ce parcours de soin n'est pas réellement définie, en effet la HAS nous rappelle que le suivi post-opératoire doit être réalisé par l'équipe spécialisée ayant posée l'indication opératoire et le médecin traitant, sans en préciser les missions. Le champ des possibilités reste donc vaste. Par ailleurs le ressenti des médecins traitants français quant à leur rôle dans la filière n'est pas connu, car très peu étudié.

2- Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'analyser le rôle du médecin généraliste dans le suivi ambulatoire post chirurgie bariatrique au sein du parcours de soins actuel.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les besoins actuels des médecins traitants pour la prise en charge des patients opérés de chirurgie bariatrique à court et long terme, ainsi que leur ressenti quant à leur position actuelle et leur désir d'évolution.

3- Résultats attendus

Les résultats permettront de préciser le rôle actuel du médecin traitant dans le parcours de soin du patient opéré d'une chirurgie bariatrique et d'en dégager les améliorations potentielles dans la prise en charge du suivi nutritionnel des patients opérés de chirurgie bariatrique par les médecins généralistes.

4- Matériel et méthodes

4-1- Schéma de l'étude

Nous avons décidé de réaliser une étude observationnelle, monocentrique et déclarative sur l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins traitants généralistes de patients opérés et suivis dans le centre intégré médico-chirurgical de prise en charge de l'obésité du CHU d'Ambroise Paré depuis le 1^{er} Janvier 2012.

4-1-1- Critères d'inclusion et d'exclusion

Les médecins généralistes devaient toujours être en activité professionnelle.

Les MT non généralistes ou n'exerçant pas en ambulatoire étaient exclus, au même titre que ceux dont les coordonnées postales n'étaient pas renseignées sur le site en ligne de l'Assurance maladie, (www.ameli.fr).

Si plus d'un patient opéré étaient suivis par le même généraliste, le patient source suivant était recherché afin d'obtenir une liste de 100 médecins au final.

4-1-2- Modalités de recrutement

Les médecins généralistes étaient recrutés de façon consécutive, en recherchant le médecin traitant renseigné dans les dossiers médicaux informatisés *ORBIS* (Système de gestion des informations cliniques, logiciel informatique utilisé au CHU d'Ambroise Paré, depuis 2012 dans le service de Nutrition) provenant des patients sources, issus de la liste consécutive des patients opérés et suivis au CHU d'Ambroise Paré depuis le 1^{er} janvier 2012. Les opérations concernées étaient le by pass gastrique, la sleeve gastrectomie, et l'anneau gastrique, la date d'intervention du patient numéro 100 était le 9 juillet 2013.

4-2- Réalisation du questionnaire

Un questionnaire comportant 15 questions a été envoyé à chaque médecin traitant, il comportait 3 axes principaux :

- Rôle actuel du médecin traitant dans la prise en charge post chirurgie bariatrique.
- Informations et échanges de pratiques entre le médecin traitant et les différents professionnels impliqués.
- Point de vue du médecin traitant sur son rôle actuel dans le parcours de soin et ses demandes d'évolution.

Nous avons également inclus des items concernant les caractéristiques anthropométriques et le type de pratique des médecins traitants eux-mêmes, ce afin de décrire la population étudiée.

La rédaction s'est réalisée en plusieurs étapes. La version initiale du questionnaire (cf. annexe 1) a été rédigée en collaboration avec le Pr S. Czernichow (Service de Nutrition, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt) puis relue par le Dr C. Carette (Service de Nutrition, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt).

Cette version initiale a été soumise au Pr Falcoff (Département de Médecine Générale, Paris Descartes). Une nouvelle modification a été réalisée afin de développer le point de vue du médecin traitant dans ce parcours (cf. annexe 2).

Les critères principaux de rédaction de ce questionnaire étaient la réalisation d'un questionnaire court et le recours à une majorité de questions fermées à choix multiples. Seules quatre questions étaient ouvertes.

4-3- Choix du média pour contacter les médecins

Nous avons choisi un premier contact par envoi de questionnaires par voie postale, puis un contact direct avec relance téléphonique, espérant un taux de réponse secondaire plus élevé. Le questionnaire a ensuite été envoyé une 2^{ème} fois par voie postale, accompagné d'une enveloppe pré-timbrée pour renvoi du questionnaire, puis d'une 3^{ème} et dernière relance par voie postale.

Le questionnaire était accompagné d'un texte introductif, précisant le but de cette enquête et la possibilité d'être informé des résultats dans un second temps par courrier électronique (cf. annexe 3).

Les questionnaires ont été envoyés à partir du 31 Janvier 2014. Les réponses pouvaient se faire par voie postale ou bien par voie électronique.

Nous avons attendu un délai de réponse d'un mois suivant le premier envoi du questionnaire par voie postale. En l'absence de réponse à ce premier envoi, nous avons procédé à une relance téléphonique, en laissant la possibilité de rappeler à un horaire choisi par le médecin généraliste afin de remplir le questionnaire au téléphone, ou bien de répondre au questionnaire par voie postale ou électronique. Les médecins n'ayant pas répondu ou n'ayant pas pu être contactés au terme de deux appels ont été considérés comme « non répondeurs ». La relance téléphonique a débuté le 1^{er} Mars 2014 et s'est achevée le 15 Mars 2014.

Par la suite nous avons procédé à deux nouvelles relances par voie postale du questionnaire, en date du 15 Mars 2014 avec envoi de 72 courriers, puis en date du 31 Mars 2014 avec envoi de 61 courriers.

Les données ont ainsi été toutes recueillies du 31 Janvier 2014 au 10 Mai 2014.

Les médecins participants n'ont pas reçu d'indemnisation.

4-4- Analyse statistique

Le recueil centralisé des données s'est fait en utilisant un tableur Excel permettant d'enregistrer de façon anonyme les résultats des questionnaires et d'en obtenir le traitement statistique.

Les variables qualitatives ont été exploitées en pourcentage.

Les comparaisons des données qualitatives entre les différents sous-groupes ont été réalisées avec le test du Chi2, à l'aide logicielle statistique Biosta TGV disponible gratuitement en ligne (<http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>).

Si dans les effectifs attendus une valeur était comprise entre 3 et 5, la correction de Yates était appliquée. Si une des valeurs étaient inférieure à 3, le test de Fischer était appliqué.

5- Résultats

5-1 Diagramme de flux

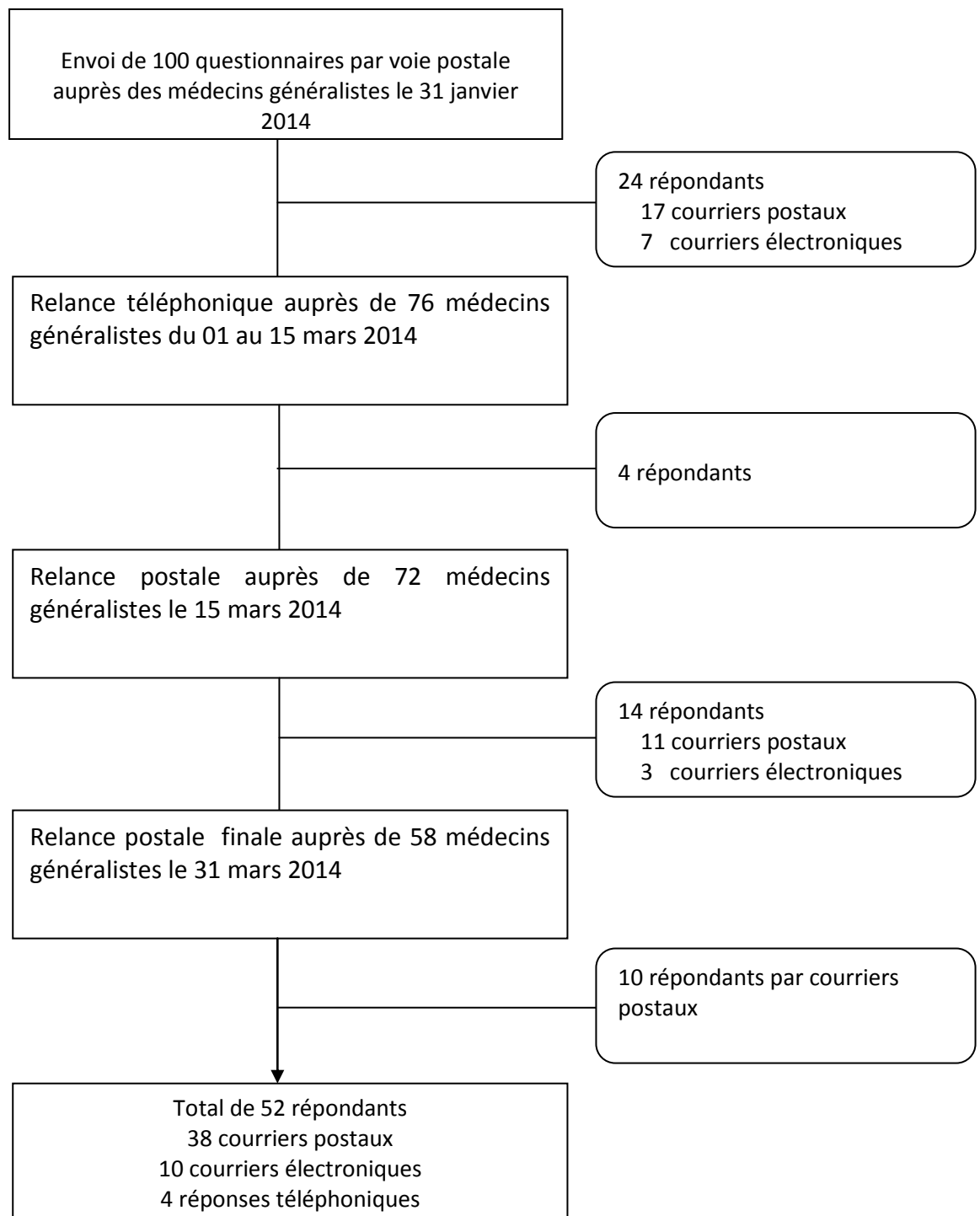


Figure 11 – Diagramme de flux de l'étude

5-2 Taux de réponse

Les questionnaires ont été envoyés par voie postale à 100 médecins généralistes, au terme des trois relances, 52 ont répondu au questionnaire, la majorité a répondu par voie postale.

Figure 12a - Taux de réponse, N = 100

■ Répondants ■ Non répondants

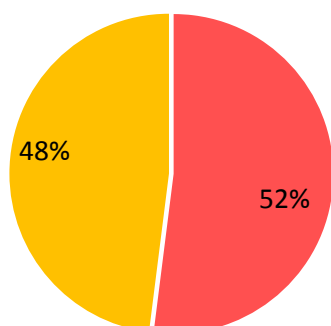
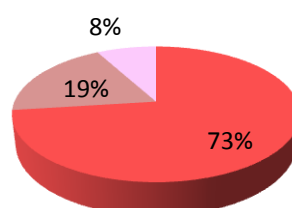


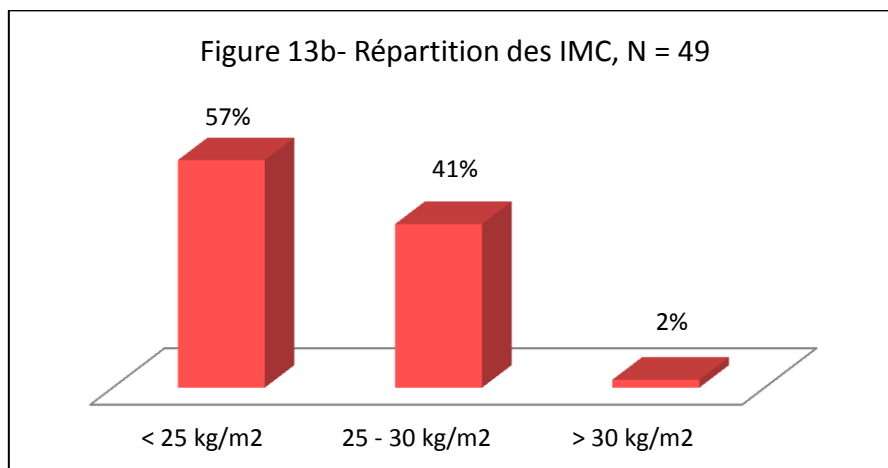
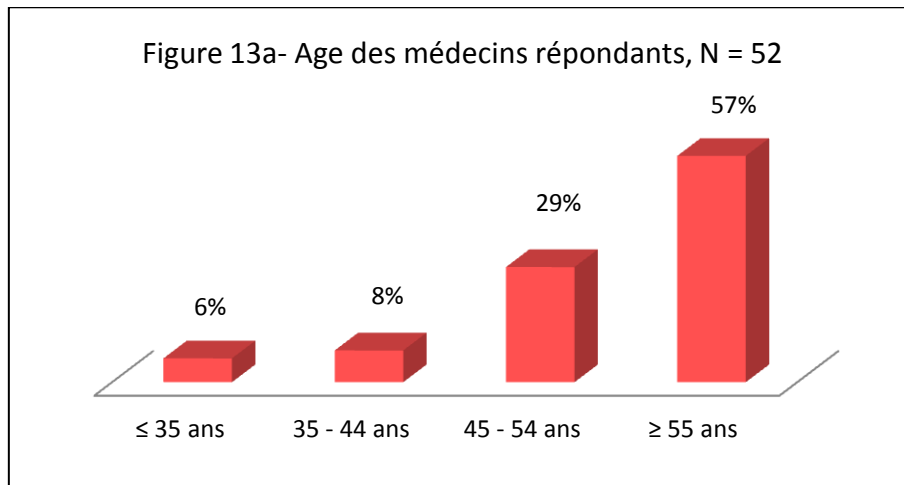
Figure 12b- Répartition des différentes modalités de réponse, N = 52

■ Courriers postaux ■ Courriers électroniques ■ Appels téléphoniques



5-3 Description de la Population étudiée

Sur la population de médecins répondants, **63% étaient des hommes** et 37% des femmes. La tranche d'âge la plus représentée était celle des **plus de 55 ans**. La majorité des médecins répondants n'avait pas de surpoids, **41% avaient un IMC compris entre 25 et 30 kg/m²** (15 hommes pour 5 femmes) et 1 médecin (2%) était obèse.



Le type d'exercice le plus représenté était le travail de groupe, en milieu urbain.

5 des médecins répondants étaient Maître de stage à la faculté.

Figure 14a- Type d'exercice, N = 52

■ Groupe ■ Solitaire

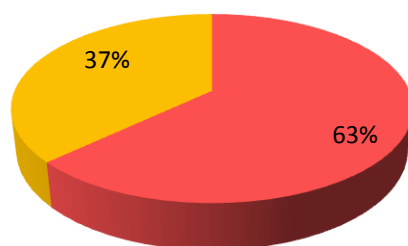
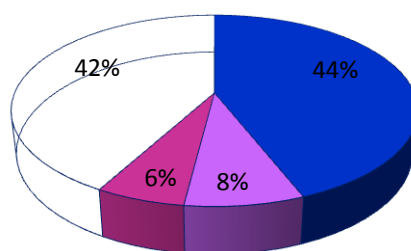


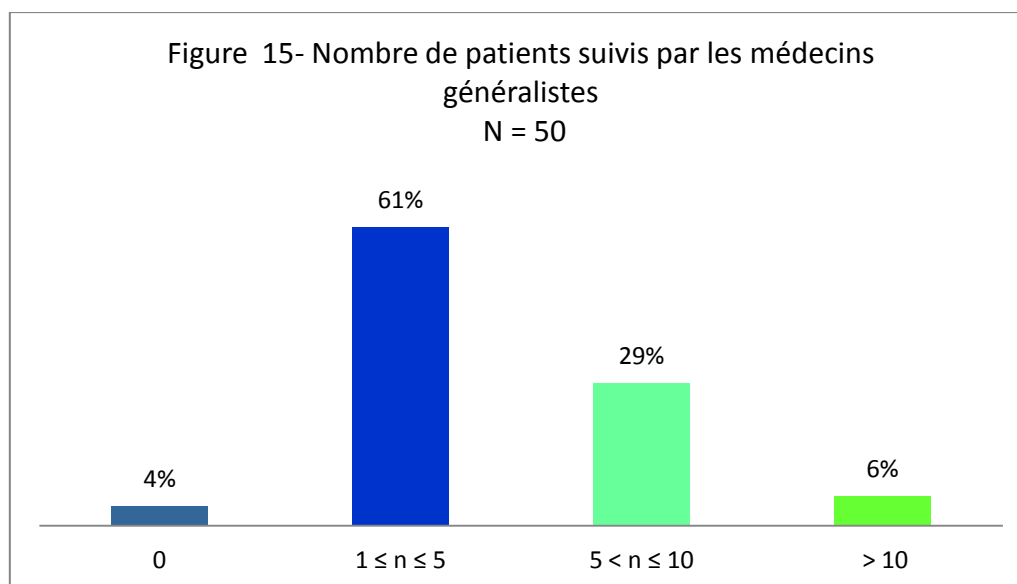
Figure 14b- Lieu d'exercice, N = 52

■ Urbain ■ Semi-rural ■ Rural ■ NVP

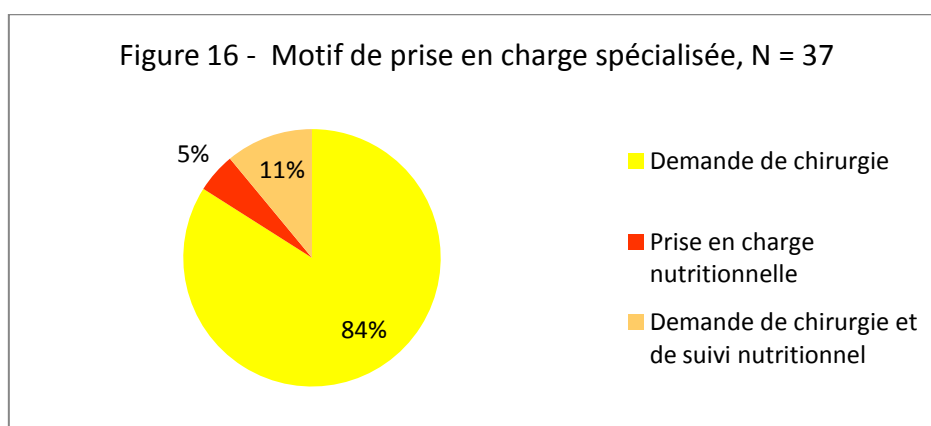


5-4 Caractéristiques du suivi des patients opérés

La majorité des médecins interrogés suivaient 1 à 5 patients opérés de chirurgie bariatrique, seuls 6% en suivaient plus de 10.



Dans 74% des cas, le médecin généraliste était à l'origine de la demande de prise en charge en service spécialisé. 84% des patients étaient adressés initialement pour une demande de chirurgie bariatrique, 5% l'étaient pour un suivi nutritionnel et 11% pour une prise en charge nutritionnelle avec demande de chirurgie bariatrique.

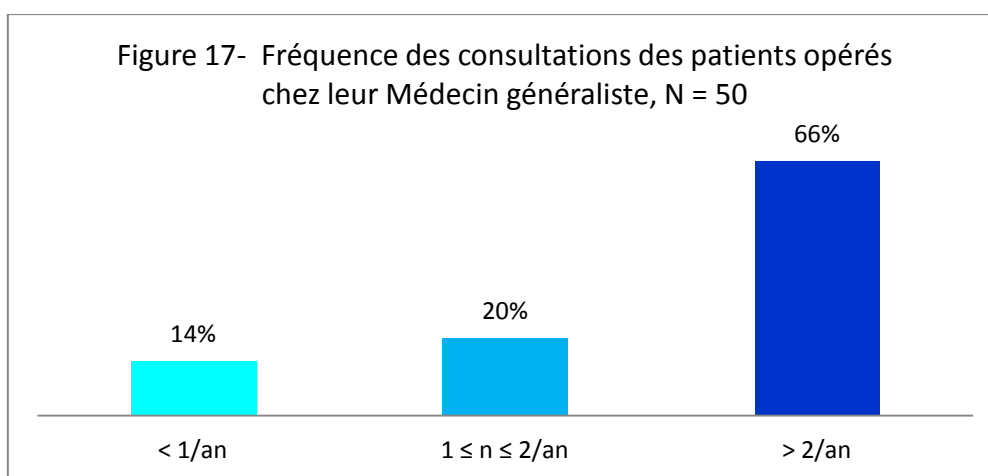


L'étude ne retrouvait pas de lien entre le fait d'adresser le patient pour une prise en charge spécialisée et l'IMC du médecin généraliste, $n = 48$, $p = 1$.

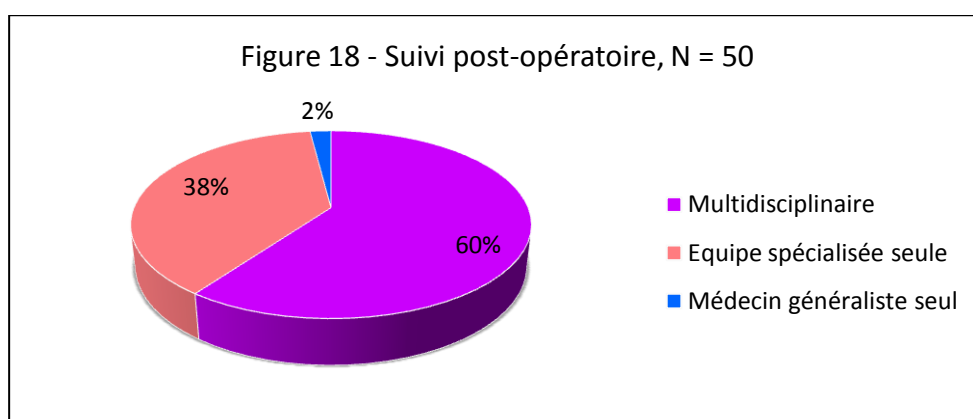
Tableau 3 - Lien entre l'IMC du Médecin traitant et le fait d'adresser le patient

	IMC < 25 kg/m ²	IMC ≥ 25 kg/m ²	Total
Patient adressé	21 (75%)	15 (75%)	36
Patient non adressé	7 (25%)	5 (25%)	12
Total	28	20	48

Les patients étaient vus plus de 2 fois par an par leur généraliste dans 66% des cas.



Le suivi per et post-opératoire était assuré de façon multidisciplinaire chez 60% des patients, impliquant à la fois l'équipe à l'origine de l'indication opératoire et le médecin traitant. Cependant dans 38% des cas, la prise en charge était exclusivement assurée par l'équipe spécialisée.



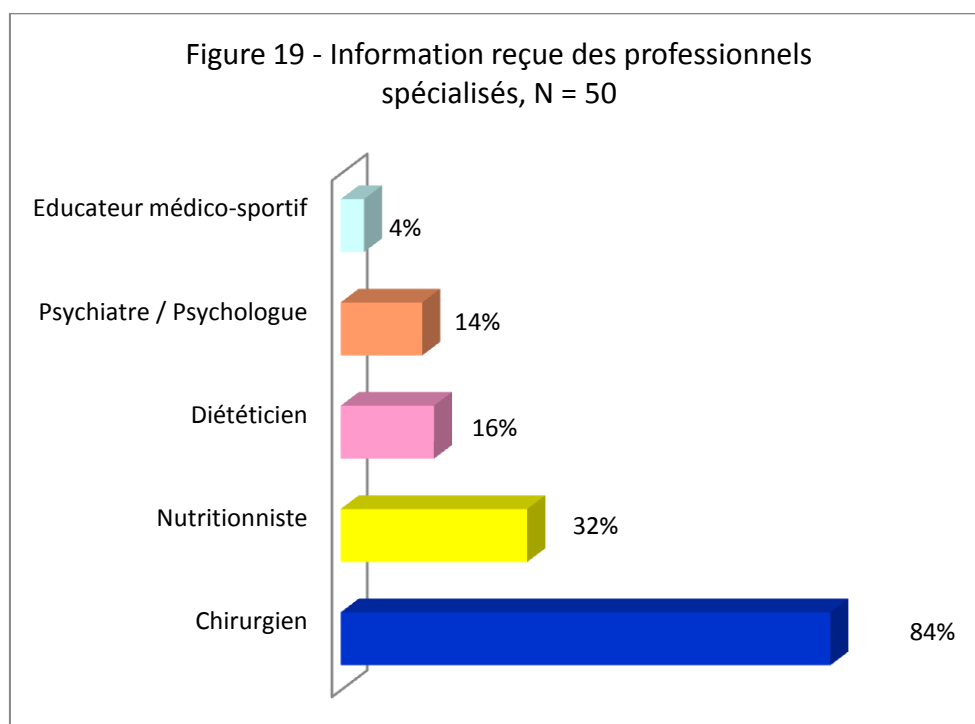
L'étude n'a pas trouvé de lien entre le fait d'avoir initialement adressé le patient et la prise en charge post-opératoire multidisciplinaire, $n = 48$, $p = 0,80$.

Tableau 4 - Lien entre le fait d'adresser le patient et la prise en charge multidisciplinaire dans le post-opératoire

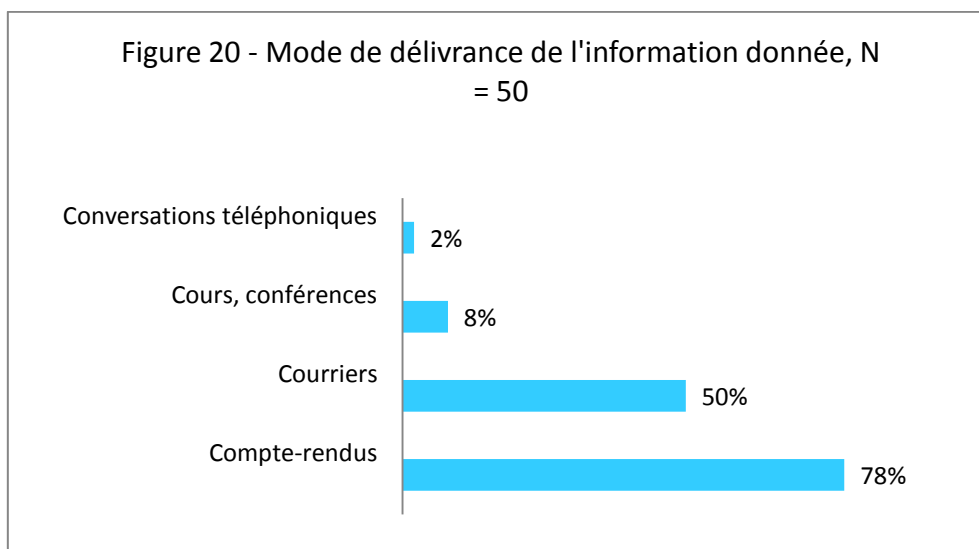
	Prise en charge multidisciplinaire	Prise en charge non multidisciplinaire	Total
Patient adressé	22 (73%)	13 (72%)	35
Patient non adressé	8 (27%)	5 (28%)	13
Total	30	18	48

5-5 Caractéristiques de la communication entre les professionnels de santé impliqués

84% des médecins répondants avaient reçu une information concernant la chirurgie et le suivi post-opératoire émanant des chirurgiens, 32% avaient reçu ces informations de la part des nutritionnistes. Dans seulement 16% des cas une information émanant des diététiciens avait été communiquée et 14% des cas des psychologues/psychiatres.

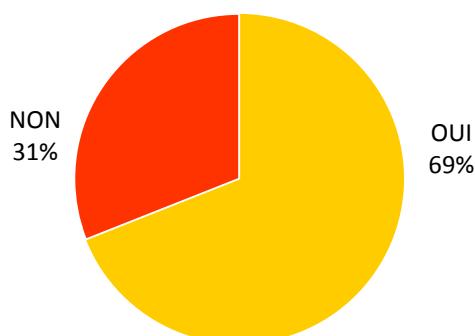


Les informations étaient principalement délivrées de façon écrite, par des comptes rendus ou des courriers. Dans 8% des cas, les médecins généralistes avaient reçu une information sur la chirurgie bariatrique grâce à des formations médicales à type de conférences ou de cours. Un médecin a répondu que l'information lui avait été délivrée par le patient lui-même.



Dans **69% des cas**, l'information délivrée était suffisante pour poursuivre la prise en charge par le médecin généraliste.

Figure 21 - Satisfaction concernant l'information délivrée, N = 42



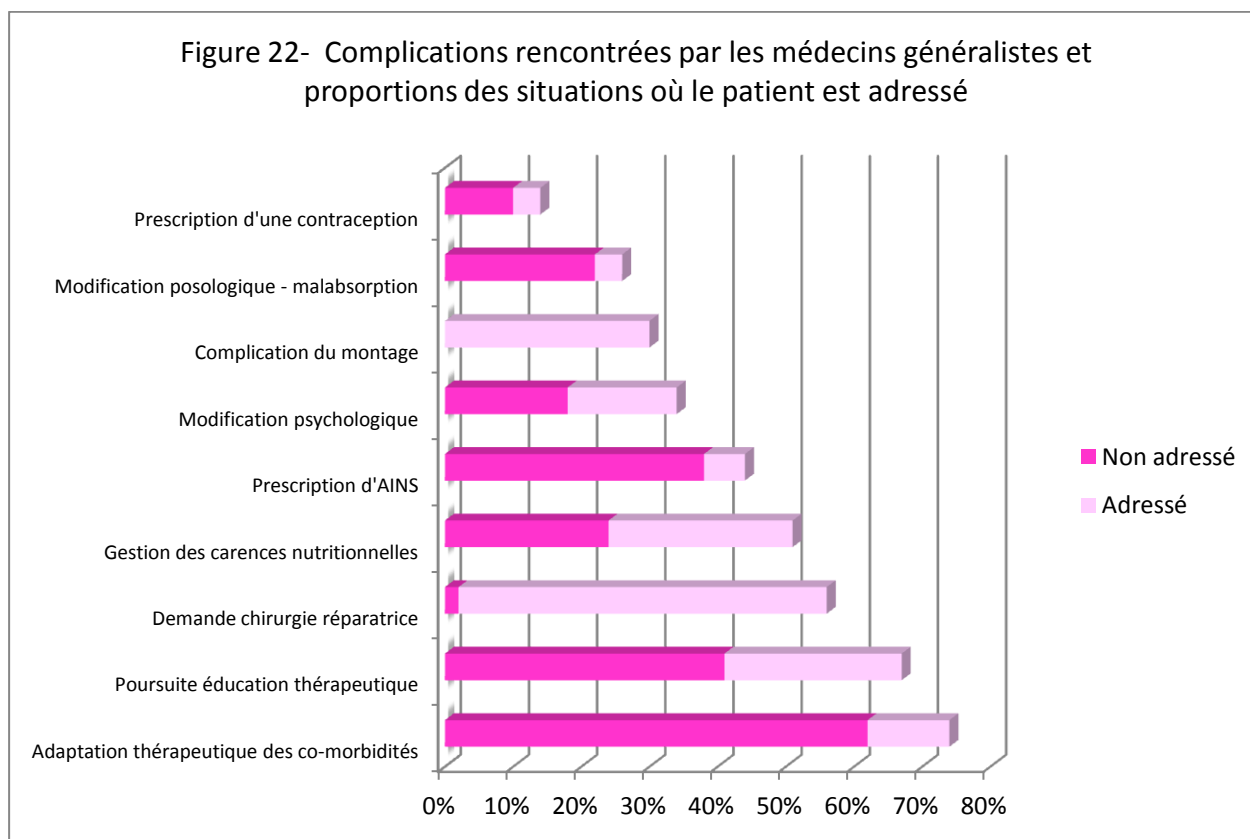
Lorsque les médecins généralistes avaient adressé le patient, ils étaient 62% à estimer que l'information délivrée était suffisante, contre 77% lorsqu'ils ne l'avaient pas adressé, $n = 42$, $p = 0,48$.

Tableau 5 - Lien entre le fait d'avoir adressé le patient et la satisfaction concernant l'information reçue par les spécialistes dans le post-opératoire.

	Patient adressé par le MG	Patient non adressé par le MG	Total
Information délivrée suffisante	18 (62%)	10 (77%)	28
Information délivrée insuffisante	11 (38%)	3 (23%)	14
Total	29	13	42

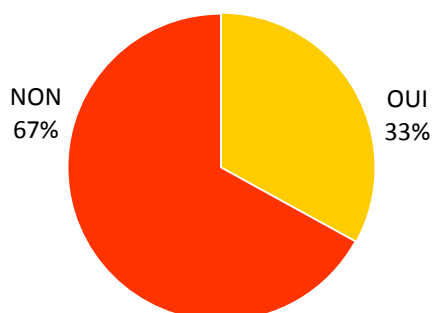
5-6 Comportements des médecins traitants face aux complications post-opératoires

Les situations les plus fréquemment rencontrées au cours du suivi post-opératoire par les médecins généralistes étaient : l'adaptation du traitement des co-morbidités, pour laquelle 84% des médecins interrogés n'avaient pas recours aux spécialistes ; la poursuite de l'éducation diététique et des conseils d'activité physique avec 36% des patients adressés ; la demande de chirurgie réparatrice pour laquelle le patient était quasiment toujours adressé vers les spécialistes, et la gestion des carences nutritionnelles et vitaminiques avec un recours aux spécialistes dans 52% des cas.



33% des médecins généralistes avaient été informés de la lettre d'information de la HAS sur la chirurgie de l'obésité de l'adulte, datant de 2009. Dans 94% des cas cette information avait été délivrée par la HAS, plus rarement ces recommandations étaient connues des généralistes par le biais d'une recherche personnelle ou grâce à la formation médicale continue (1 généraliste sur 51 répondants).

Figure 23 - Connaissance des recommandations de la HAS, N = 51



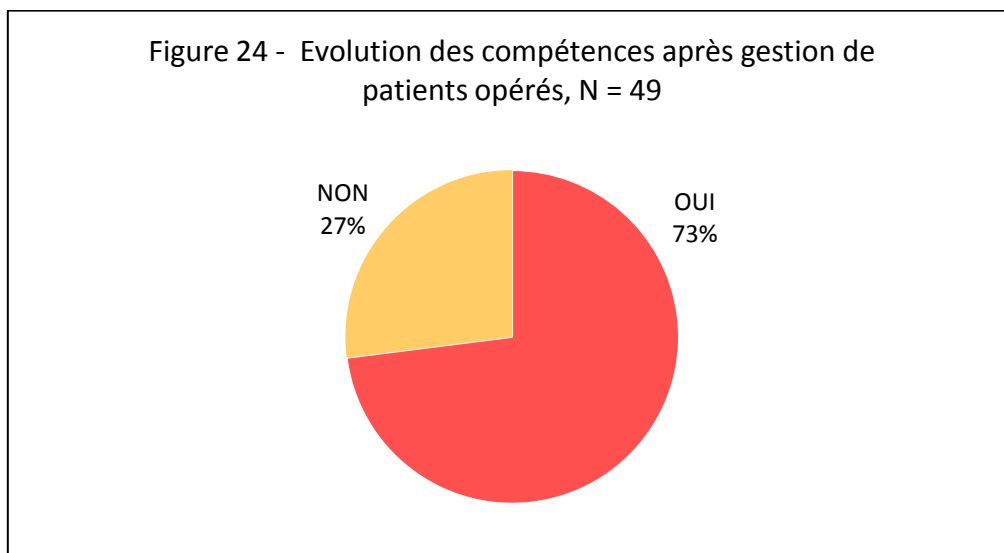
Lorsque les médecins généralistes connaissaient les recommandations de la HAS, ils étaient 58% à adresser les patients vers une équipe spécialisée contre 26% lorsque les recommandations n'étaient pas connues pour poursuite de l'éducation diététique et de conseils sur d'activité physique, n = 35, p = 0,06.

Tableau 6 - Lien entre la connaissance des recommandations et le fait d'adresser les patients pour poursuite de l'éducation diététique et des conseils d'activité physique.

	Recommandations HAS connues	Recommandations HAS non connues	Total
Adressé pour éducation	7 (58%)	6 (26%)	13
Non adressé pour éducation	5 (42%)	17 (74%)	22
Total	12	23	35

5-7 Evolution des compétences

73% des médecins répondants estiment que leurs compétences ont évolué après avoir eu à gérer un patient opéré.



L'étude retrouvait un **lien entre l'évolution des compétences et le nombre de patients opérés suivis par les médecins généralistes**, 94% des médecins généralistes suivant 6 patients opérés et plus ont vu leurs compétences évoluer, versus 61% des médecins suivant entre 1 et 5 patients, **n = 49, p = 0,02**.

Tableau 7 - Lien entre le nombre de patients opérés suivis et l'évolution des compétences des médecins généralistes.

	Nombre de patients suivis = 1 à 5	Nombre de patients suivis > 5	Total
Evolution des compétences	19 (61%)	17 (94%)	36
Pas d'évolution des compétences	12 (39%)	1 (6%)	13
Total	31	18	49

L'étude ne retrouvait pas de lien entre le fait que l'information communiquée par les spécialistes soit suffisante pour la prise en charge des médecins généralistes et le fait que leurs compétences aient évoluées, $n = 41$, $p = 0,95$.

Tableau 8- Lien entre l'information donnée par les spécialistes et l'évolution des compétences des médecins généralistes.

	Information donnée suffisante	Information donnée insuffisante	Total
Evolution des compétences	21 (78%)	10 (71%)	31
Pas d'évolution des compétences	6 (22%)	4 (29%)	10
Total	27	14	41

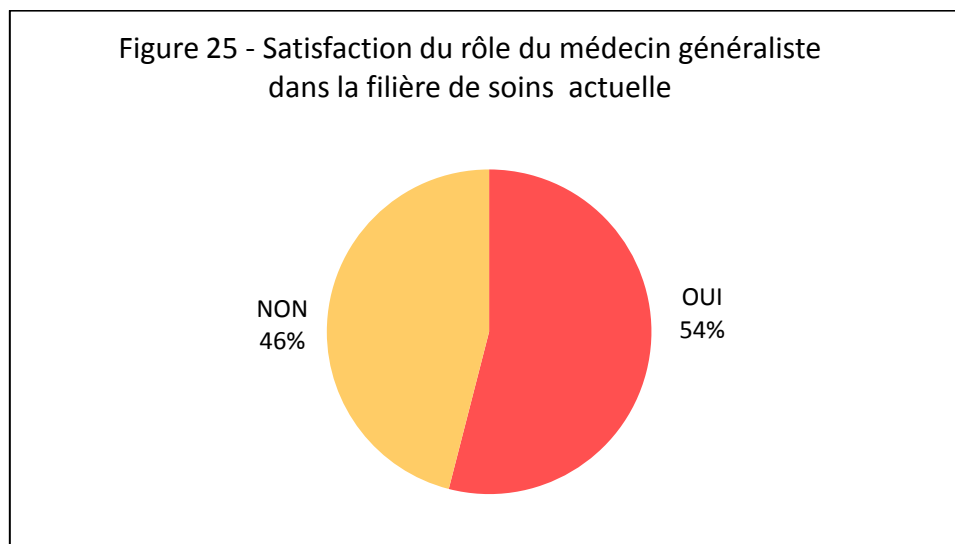
Lorsque le suivi post-opératoire était multidisciplinaire, 79% des médecins interrogés estimaient que leurs compétences avaient évoluées, alors que 65% des médecins généralistes suivant des patients dont le suivi n'était pas multidisciplinaire, estimaient que leurs compétences avaient évoluées, $n = 49$, $p = 0,26$.

Tableau 9- Lien entre le suivi post-opératoire multidisciplinaire et l'évolution des compétences des médecins généralistes.

	Suivi post-opératoire multidisciplinaire	Suivi post-opératoire soit par les spécialistes seuls ($n=19$), soit par le MG seul ($n=1$)	Total
Evolution des compétences	23 (79%)	13 (65%)	36
Pas d'évolution de compétences	6 (21%)	7 (35%)	13
Total	29	20	49

5-8 Satisfaction du médecin traitant au sein de la filière de soin actuelle

46% des médecins généralistes interrogés n'étaient pas satisfaits de leur rôle dans la filière actuelle de soin de la chirurgie bariatrique.



L'adresse de patients par les MG pour une prise en charge spécialisée n'influçait pas le degré de satisfaction dans la filière actuelle. La proportion de médecins insatisfaits étaient moindre, même si elle restait non significative, lorsque le médecin n'avait pas adressé le patient, 33% versus 50 %, n = 48, p = 0,31.

Tableau 10 - Lien entre satisfaction du rôle du médecin généraliste et le fait d'avoir initialement adressé le patient

	Patient adressé par le MG	Patient non adressé par le MG	Total
Satisfaction du rôle dans la filière	18 (50%)	8 (67%)	26
Insatisfaction du rôle dans la filière	18 (50%)	4 (33%)	22
Total	36	12	48

La prise en charge multidisciplinaire n'influe pas le niveau de satisfaction des médecins généralistes concernant leur rôle dans la filière actuelle, $n = 48$, $p = 0,92$.

Tableau 11 - Lien entre satisfaction du rôle du médecin généraliste et la prise en charge post-opératoire multidisciplinaire.

	Prise en charge post-opératoire multidisciplinaire	Prise en charge post-opératoire non multidisciplinaire	Total
Satisfaction du rôle dans la filière	15 (54%)	11 (55%)	26
Insatisfaction du rôle dans la filière	13 (46%)	9 (45%)	22
Total	28	20	48

58% des médecins dont les compétences avaient évolué étaient satisfaits de leur rôle dans la filière actuelle, alors 42% ne l'étaient pas. Lorsque les médecins estimaient que leurs compétences n'avaient pas évoluées, 58% n'étaient pas satisfaits de leur rôle actuel, $n = 48$, $p = 0,31$.

Tableau 12 - Lien entre satisfaction du rôle du médecin généraliste et l'évolution des compétences.

	Evolution des compétences	Pas d'évolution des compétences	Total
Satisfaction du rôle dans la filière	21 (58%)	5 (42%)	26
Insatisfaction du rôle dans la filière	15 (42%)	7 (58%)	21
Total	36	11	48

5-9 Place désirée du médecin généraliste dans le parcours de soin post-opératoire

93% des médecins interrogés ne souhaitent pas assurer seul le suivi post-opératoire à court terme, alors que dans 43% des cas ils souhaitent assurer seul le suivi à long terme.

Figure 26a - Volonté d'assurer seul le suivi post-opératoire à court terme, N = 46

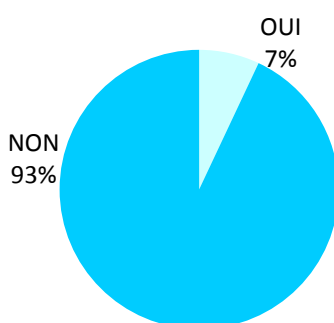
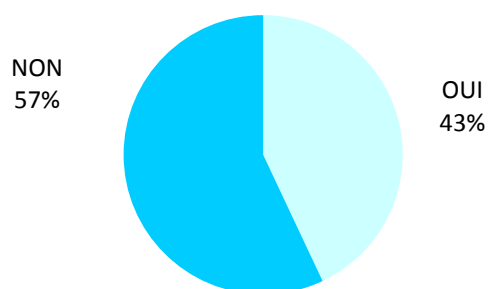


Figure 26b - Volonté d'assurer seul le suivi post-opératoire à long terme, N = 51



Une majorité de médecins généralistes satisfaits de leur rôle dans la filière de soin ne désiraient pas assurer seuls le suivi post-opératoire à long terme des patients opérés dans 65% des cas. Dans le cas où les généralistes n'étaient pas satisfaits de leur rôle, ils désiraient assurer seul le suivi à long terme dans 65% des cas, $n = 43$, $p = 0,048$.

Tableau 13 - Lien entre satisfaction du rôle du médecin généraliste et la volonté d'assurer seul le suivi post-opératoire au long terme.

	Satisfaction du rôle dans la filière	Insatisfaction du rôle dans la filière	Total
Volonté d'assurer seul le post-op à long terme	7 (35%)	13 (65%)	20
Pas de volonté d'assurer seul le post-op à long terme	15 (65%)	8 (35%)	23
Total	22	21	43

L'âge et l'IMC des médecins généralistes n'influaient pas sur la volonté d'assurer seuls le suivi des patients au long terme, respectivement $n = 50$, $p = 0,52$ et $n = 48$, $p = 0,84$.

Tableau 14 - Lien entre l'âge du médecin généraliste et la volonté d'assurer seul le suivi post-opératoire au long terme.

	Age ≤ 55 ans	Age >55 ans	Total
Volonté d'assurer seul suivi post-op long terme	9 (41%)	14 (50%)	23
Pas de volonté d'assurer seul suivi post-op long terme	13 (59%)	14 (50%)	27
Total	22	28	50

Tableau 15 - Lien entre l'IMC du médecin généraliste et la volonté d'assurer seul le suivi post-opératoire au long terme.

	IMC < 25 kg/m ²	IMC ≥25 kg/m ²	Total
Volonté d'assurer seul suivi post-op long terme	12 (43%)	8 (40%)	20
Pas de volonté d'assurer seul suivi post-op long terme	16 (57%)	12 (60%)	28
Total	28	20	48

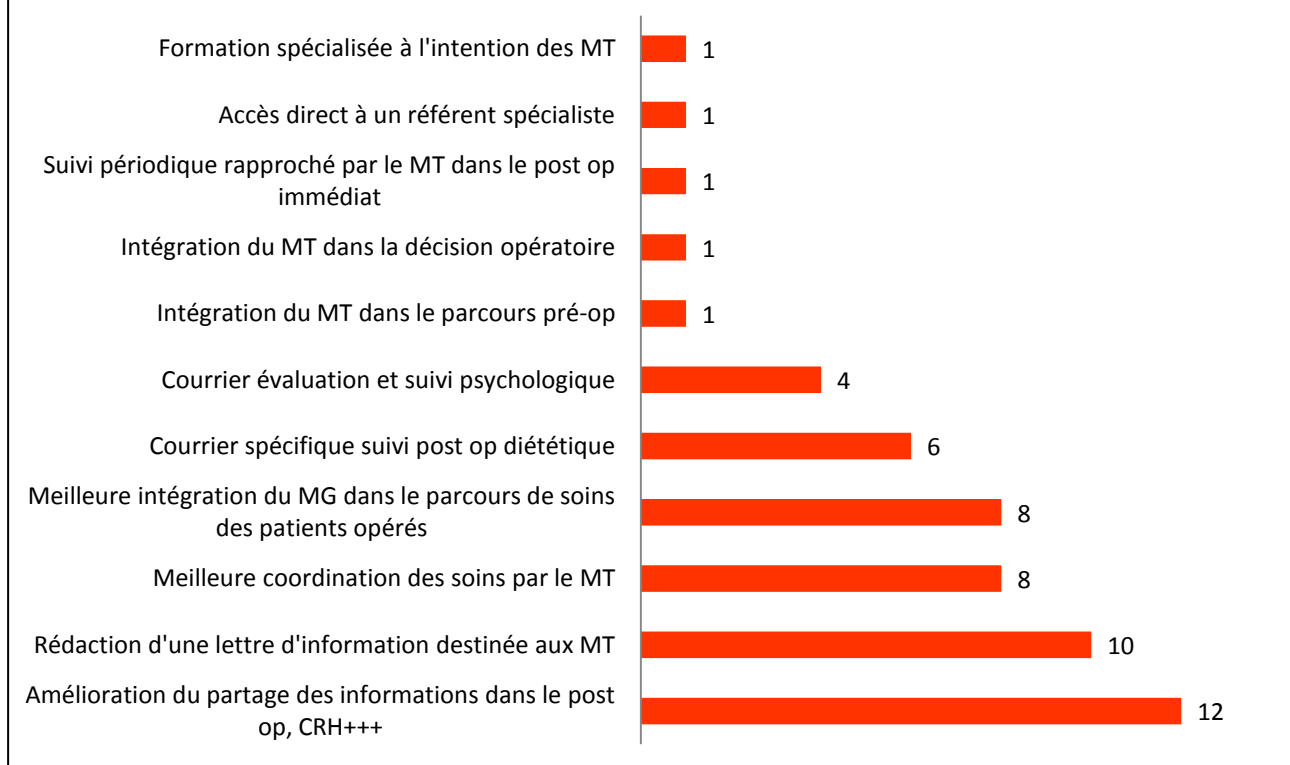
5-10 Propositions des médecins traitants pour améliorer la prise en charge

22 des médecins répondants (42%) ont émis des remarques concernant leur rôle dans la filière actuelle et des propositions pour améliorer la prise en charge des patients opérés. 72% d'entre eux étaient insatisfaits de leur rôle dans la filière actuelle.

Ces propositions sont les suivantes :

- Amélioration du partage des informations médicales dans le post-opératoire, notamment par le biais des CRH. N = 12
- Rédaction d'une lettre d'information destinée au médecin généraliste définissant les objectifs de la prise en charge, le rôle des acteurs hospitaliers et du médecin généraliste, la surveillance à réaliser par le médecin généraliste, la conduite à tenir concernant la supplémentation vitaminique et les traitements, la conduite à tenir en cas de complications, la gestion des AINS et corticothérapie. N = 10
- Meilleure intégration dans le parcours de soin du patient obèse opéré. N = 8
- Meilleure coordination des soins par le MT. N = 8
- Courrier spécifique sur la prise en charge diététique personnalisée du patient opéré pour le suivi post-opératoire. N = 6
- Courrier concernant l'évaluation psychologique et le suivi psychologique du patient opéré. N = 4
- Intégration du médecin généraliste dans le parcours pré-opératoire, notamment concernant le bilan para-clinique pré-opératoire. N = 1
- Intégration du médecin généraliste dans la décision opératoire. N = 1
- Suivi périodique rapproché par le médecin généraliste suivant le post-opératoire immédiat. N = 1
- Possibilité d'avoir accès à un référent direct des patients opérés, avec numéro de la ligne téléphonique directe. N = 1
- Formations spécialisées sur le sujet à l'intention des Médecins généralistes. N = 1

Figure 27 - Propositions des MT



6- Discussion

6-1- Point forts et limites méthodologiques

Le **taux de réponse obtenu de 52% peut être jugé satisfaisant**. En effet par comparaison, la Société Française de Médecine Générale fait état d'un retour d'enquête d'opinion sur le sujet de la nutrition, de 21 % auprès de cette cible (*SFMG 2006*). Ce taux s'explique par les multiples envois postaux réalisés, la rapidité d'exécution du questionnaire, et la possibilité de retour de l'information aux médecins généralistes ayant participé à l'étude. 27 des 52 répondants désiraient être informés des résultats de l'étude.

Cependant la principale limite de l'étude est **l'effectif total des répondants**, en effet cet effectif limite l'interprétation des résultats en sous-groupe, et ne permet pas de mettre en évidence au cours de la présente étude de résultats significatifs permettant de conclure à des différences de comportements.

L'autre limite majeure est **le biais de sélection** de la population de médecins généralistes choisis. En effet, bien que le mode de recrutement choisi ait permis que les médecins soient représentatifs de la démographie médicale actuelle, ils sont issus d'une base de données de patients opérés de chirurgie bariatrique et suivis dans un centre intégré de l'obésité. La majorité des patients opérés en France de chirurgie bariatrique n'est pas suivie dans ce type de centre, par conséquent, l'extrapolation des données à l'échelle régionale ou nationale paraît donc peu adaptée.

Tableau 16 – Comparaison de la démographie médicale de l'étude aux données du Conseil de l'Ordre

	Notre étude	Données CNOM 2013 (74)
Age moyen	≥ 55 ans = 57%	54 ans
Pourcentage de Femme (%)	37%	36%
Exercice Groupe /Individuel (%)	63% / 37%	62,5% / 37%
Secteur Urbain (%)	44%	83%
Secteur Semi-rural (%)	8%	13%
Secteur Rural (%)	6%	4%
	42 non répondants	

Par ailleurs la durée du suivi évaluée est de 2 ans pour les patients opérés depuis début 2012, cette durée se raccourcit à quelques mois dans le cas des patients opérés au courant de l'année 2013. Dans le centre intégré du CHU d'Ambroise Paré, les patients opérés sont suivis de façon rapprochée par l'équipe nutritionnelle les 12 premiers mois, ce rythme s'espaçant par la suite. La présente étude rapporte donc le rôle des médecins généralistes au cours du suivi à court et moyen terme.

Le contact indirect par envoi postal constitue également un biais de sélection, les répondants spontanés étant vraisemblablement plus impliqués sur le sujet que les médecins ayant refusé de répondre. Les **avis négatifs sont donc probablement sous-évalués**.

Concernant le mode de recueil de l'information, l'étude se base sur des données déclaratives, ce qui constitue un biais de mémorisation, sans compter le fait que les pratiques exercées peuvent être différentes de celles déclarées.

6-2- Discussion des principaux résultats de l'étude

6-2-1 Rôle actuel du médecin généraliste dans la prise en charge post-opératoire de la chirurgie bariatrique

Un faible nombre de patients opérés suivis par les généralistes

En moyenne les médecins généralistes suivaient un à cinq patients opérés, les patients consultaient majoritairement leur médecin traitant plus de 2 fois par an. Selon l'Insee, en 2013, le territoire national comptait 101 803 médecins généralistes (75). Si l'on reporte ce chiffre aux 42 000 patients opérés en 2013, les médecins généralistes devraient suivre 2,4 patients, uniquement pour l'année 2013. Cet écart pourrait s'expliquer par deux phénomènes. D'une part, les patients opérés échappent inéluctablement au suivi médical à distance de la chirurgie, se considérant souvent guéris. D'autre part, les spécialistes se

substituent volontairement, bien qu'inconsciemment, au médecin traitant, dans les limites de leurs capacités, le médecin généraliste étant ainsi mis à l'écart du suivi du patient.

Des patients souvent adressés par leur médecin généraliste

Dans notre étude, les médecins généralistes avaient adressé les patients en milieu spécialisé dans 74% des cas, il n'existe pas de donnée dans la littérature concernant la proportion habituelle de patients adressés. Dans 84% des cas, les patients étaient adressés uniquement pour une demande de chirurgie bariatrique et dans 5% des cas uniquement pour prise en charge nutritionnelle. Nous pouvons imaginer que cette faible proportion de patients adressés pour une prise en charge nutritionnelle s'explique en partie par le fait que lorsque le médecin généraliste décide de « passer la main », ce ne sera que pour une prise en charge chirurgicale qu'il ne peut effectuer lui-même. Cependant ce faible taux peut également refléter l'insuffisance actuelle de prise en charge médicale de l'obésité dans les soins de premiers recours.

Nous pouvons également noter que l'IMC du médecin généraliste n'influe pas sur le fait d'adresser son patient pour une prise en charge de l'obésité. Cette observation diverge de l'étude observationnelle de LM Balduf, concernant 280 médecins généralistes de Caroline du Nord, dont 85% suivaient des patients opérés de chirurgie bariatrique. 76% d'entre eux étaient à l'origine de la prise en charge chirurgicale; l'IMC des médecins référents était alors plus élevé (25,3 versus 23,5 kg/m², p = 0,001) (72).

Une prise en charge multidisciplinaire à affirmer

Dans 60% des cas le suivi était réalisé de façon multidisciplinaire incluant les généralistes et les spécialistes. Cependant dans 38% des cas, la prise en charge n'était assurée que par l'équipe spécialisée. Nous n'avons pas pu mettre en évidence les facteurs influençant significativement ce suivi multidisciplinaire conjoint. Il est sûrement plus aisé d'en comprendre les freins. Une fois encore, la substitution transitoire du nutritionniste au médecin généraliste est un élément de réponse, le manque de temps mobilisable en consultation de médecine générale en est certainement un autre.

Cependant les médecins généralistes sont fréquemment confrontés aux complications spécifiques de la chirurgie bariatrique, ils prennent en charge seuls bon nombre de situations, telles que l'adaptation des traitements des co-morbidités, les modifications posologiques secondaires à la malabsorption, la gestion des AINS, la poursuite de l'éducation diététique et la promotion de l'activité physique. Les situations où ils adressent sont la gestion des carences nutritionnelles et vitaminiques (52% des cas) et les modifications psychologiques (47%). Une fois encore, la place des chirurgiens dans le suivi post-opératoire est confortée, les patients sont systématiquement adressés en cas de complication du montage (100%) ou de demande de chirurgie réparatrice (100%).

6-2-2 Informations et échanges de pratique entre les médecins généralistes et les différents professionnels impliqués

Une communication à améliorer

Dans notre étude, la plupart des informations du suivi post-opératoire émanait des chirurgiens. 84% des médecins généralistes avaient reçu des informations provenant des chirurgiens, dans 33% des cas seulement les informations provenaient des nutritionnistes. L'information était encore moins partagée entre les médecins généralistes et les diététiciens, les psychologues et éducateurs médico-sportifs, acteurs pourtant essentiels du suivi des patients opérés. Ce constat reste surprenant ; en théorie, les comptes rendus d'hospitalisation de Nutrition du centre intégré d'Ambroise Paré sont systématiquement adressés au médecin généraliste, désigné par le patient comme médecin traitant et notifié dans le dossier médical informatisé. Les comptes rendus d'hospitalisation de Nutrition (hôpitaux de jour et hospitalisation traditionnelle pour bilan pré-opératoire) reprennent aussi bien les informations médicales concernant le bilan nutritionnel, que les évaluations diététiques et médico-sportives. Les comptes rendus de chirurgie ne font que mention de l'acte chirurgical et ses éventuelles complications. Comment expliquer cette perte d'information extra-chirurgicale ? Une des voies de réponse pourrait être que les médecins généralistes ne distinguent pas obligatoirement les comptes rendus de chirurgie bariatrique et de nutrition. L'autre explication résiderait dans le délai de rapidité des secrétariats de chirurgie, permettant d'envoyer des comptes rendus d'hospitalisation dans des délais plus courts, se rapportant à des événements plus récents, le biais de mémorisation pourrait donc être moins important.

Cependant, il semble primordial de palier à ce problème afin de mieux partager les informations nutritionnelles nécessaires à la prise en charge post-opératoire par les médecins généralistes.

Toutefois près de 70% des médecins généralistes estimaient que l'information transmise était suffisante pour poursuivre leur prise en charge. La nature de l'information utile à communiquée au médecin généraliste reste donc à définir.

Des modes de communication à varier ?

L'information était majoritairement transmise grâce aux comptes rendus d'hospitalisation ou aux courriers entre professionnels, permettant de partager des données claires et complètes concernant les patients. Les échanges directs restaient plus rares. Seuls 8% des médecins généralistes avaient assisté à des cours ou conférences organisés par l'équipe médico-chirurgicale. Pourtant ce médium est régulièrement utilisé au sein du CHU d'Ambroise Paré, les médecins généralistes du bassin de vie local étant conviés tous les 6 mois à participer à des séances thématiques concernant l'obésité et la chirurgie bariatrique. L'intérêt est multiple, en plus de la formation médicale continue, ces séances favorisent la communication entre le réseau ville-hôpital et permet d'initier des relais utiles à l'ensemble des professionnels, s'articulant autour des patients.

Des recommandations de la HAS peu connues

Près de deux tiers des médecins répondants ne connaissaient pas les recommandations de 2009 de la HAS concernant la prise en charge chirurgicale de l'Obésité de l'adulte (21). Pourtant une lettre d'information spécifique adressée aux médecins traitants a été rédigée en 2009 (76). Dans notre étude lorsque les médecins généralistes connaissaient les recommandations de la HAS, les patients étaient plus fréquemment adressés vers une équipe spécialisée. 94% des médecins connaissant ces recommandations déclaraient en avoir été informés par la HAS. Nous pouvons tout de même critiquer ce résultat et imaginer que l'ensemble des médecins généralistes avait accès à cette information, mais seuls ceux intéressés ou concernés par la problématique auraient utilisés ces recommandations et auraient déclaré, in fine, avoir été informés par la HAS.

6-2-3 Point de vue des médecins généralistes concernant leur rôle actuel et leur désir d'évolution

Un sentiment de satisfaction non atteint

Seuls 54% des médecins généralistes se déclarent satisfaits de leur rôle. Les raisons de cette insatisfaction n'ont pas pu être mises en évidence dans cette étude. Le fait d'avoir initié le suivi n'était pas lié à la satisfaction du médecin traitant, le fait d'être intégré à une prise post-opératoire multidisciplinaire conjointe non plus. L'évolution des compétences n'était également pas un critère de satisfaction.

Seuls 42% des répondants ont émis des suggestions afin d'améliorer leur rôle dans la filière, il s'agissait d'une des quatre questions ouvertes permettant aux médecins de s'exprimer librement. Les médecins insatisfaits se sont exprimés dans 72% des cas pour exprimer leurs suggestions. Les remarques les plus fréquentes concernaient le contenu et la qualité de l'information échangée entre les spécialistes et les généralistes. Une meilleure intégration dans le parcours de soin était désirée, sans jamais en détailler la signification, ainsi qu'une meilleure coordination des soins.

Des compétences qui évoluent

73% des médecins répondants estimaient que leurs compétences concernant la chirurgie bariatrique avaient évolué après avoir suivi des patients opérés, il existait un lien significatif avec le nombre de patients suivis opérés, ce nombre étant croissant, nous pouvons en conclure que les compétences de l'ensemble des médecins généralistes ne pourront que progresser dans les années à venir.

Dans notre étude 43 % des médecins généralistes déclaraient vouloir assurer seul le suivi à long terme des patients opérés, alors qu'ils n'étaient que 7% à vouloir assumer seul le suivi à court terme. Paradoxalement, les médecins généralistes satisfaits de leur rôle actuel dans la

filière de soins ne désiraient pas plus prendre en charge seuls les patients à long terme. Ceci peut refléter la nécessaire interaction entre le généraliste et les spécialistes dans le suivi post-opératoire, afin que chacun y trouve sa place, sans qu'aucun n'en soit intégralement exclu.

Naturellement le réseau ville-hôpital doit être développé afin de permettre ces interactions. Les médecins généralistes répondeurs demandaient que les tâches attribuables au médecin généralistes soient clairement définies par l'équipe spécialisée dès le post-opératoire immédiat.

Le changement de démographie médicale est également à prendre en compte. La population des médecins généralistes se féminise et rajeunit. Seuls cinq maîtres de stage ont répondu à cette étude. Dans notre étude, la majorité des médecins répondeurs étaient des hommes de plus de 55 ans, l'étude n'a pas pu mettre en évidence de lien entre la volonté d'assurer seul le suivi post-opératoire à long terme et l'IMC des médecins ou leur âge. Il pourrait être intéressant d'étudier si le sexe du médecin influe sur ce paramètre ou non. La chirurgie bariatrique étant une technique relativement jeune, l'attrait des généralistes pourrait se confirmer dans les années à venir.

6-3- Perspectives – Parcours idéal

Le rôle actuel du médecin généraliste dans le suivi post chirurgie bariatrique n'est pas clairement défini, il doit nécessairement évoluer afin de répondre au nombre croissant de patients opérés que les généralistes devront suivre. L'équipe multidisciplinaire ayant posé l'indication opératoire a la mission d'organiser le suivi post-opératoire conjoint en impliquant les médecins traitants dès les premiers temps du suivi, et en définissant une conduite à tenir simple mais exhaustive des situations les plus fréquemment rencontrées dans le post-opératoire.

Le médecin généraliste est un des acteurs principaux de notre système de santé grâce à l'accès facilité aux soins qu'il permet. Cependant son rôle de coordination des soins est souvent mis à mal. Il est important de recentrer la prise en charge des patients opérés de chirurgie bariatrique autour des médecins généralistes, afin qu'ils puissent assurer le suivi à long terme, dans le but de prévenir les carences nutritionnelles graves dont ces chirurgies sont pourvoyeuses ainsi que les rechutes éventuelles. Le médecin traitant devrait rester le premier recours dans ces situations sans être seul pour les assumer, le relais doit être assuré par les équipes ayant initialement posé l'indication opératoire.

Compte-tenu de l'ensemble de ces remarques, nous proposons un exemple de parcours idéal pour le médecin généraliste concernant la prise en charge des patients amenés à être opéré d'une chirurgie bariatrique.

Cf. annexe 4

La formation médicale des médecins généralistes est également primordiale, les recommandations de la HAS devraient être connues de tous, et les formations à type de conférences au sein des structures pratiquant la chirurgie bariatrique devraient être promues.

L'ensemble de ces conditions devra être réuni afin d'améliorer le sentiment de satisfaction des médecins généralistes face à cette nouvelle problématique de santé publique, cette étude confirme qu'il reste un certain chemin à parcourir afin d'y parvenir.

Afin de confirmer ces hypothèses une nouvelle étude de plus grande envergure serait nécessaire, réalisée à l'échelle nationale, avec un effectif plus important, auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes non issus d'une population de médecins sélectionnés. Il pourrait également être intéressant de différencier le suivi à court – moyen terme, du suivi à long terme, non évalué au cours de la présente étude.

CONCLUSION

En 2014, la légitimité de la chirurgie bariatrique dans la prise en charge de l'obésité morbide ou sévère avec complications est incontestée. En France, les conditions de sa réalisation sont aujourd'hui bien codifiées mais des efforts d'organisation médicale sont nécessaires pour relever le défi que représente le suivi attentif des patients, notamment nutritionnel, la vie durant. Les médecins généralistes ont une position privilégiée pour répondre à cette problématique, notre étude montre que 43% des médecins désirent prendre en charge seul le suivi post-opératoire des patients à long terme et que seuls 54% sont satisfaits de leur rôle dans la filière actuelle. La capacité et la volonté d'implication étant présentes, il ne reste plus qu'à développer les outils permettant une prise en charge optimale des patients, passant par une communication plus efficiente entre l'hôpital et la ville.

BIBLIOGRAPHIE

1. ObEpi-Roche 2012 : enquête nationale sur l'obésité et le surpoids. Disponible sur : http://www.roche.fr/home/recherche/domaines_therapeutiques/cardio_metabolisme/enquete_nationale_obepi_2012.html, [consulté le 3 Mars 2014]
2. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD *et al.* Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med.* 2007 Aug 23 ;357(8) :741-52
3. Grange D, Castetbon K, Guiber G *et al.* Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire, Étude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/etudes/pdf/2013-abena2-rapport.pdf>, [consulté le 3 Mars 2014]
4. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Programme National Nutrition-Santé PNNS : 2001-2005. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/1n1.pdf>, [consulté le 26 Août 2014]
5. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Plan obésité : 2010-2013. Disponible sur : <http://offredesoins.aphp.fr/le-plan-national-obesite-2010-2013>, [consulté le 3 Mars 2014]
6. Phillips CM. Metabolically healthy obesity: definitions, determinants and clinical implications, *Rev Endocr Metab Disord.* 2013 Sep ;14(3) :219-27
7. Plourde G, Karelis AD. Current issues in the identification and treatment of metabolically healthy but obese individuals. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2014 May ;24(5) :455-9
8. Basdevant Arnaud. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Chapitre 65 par Christine Poitou-Bernet. Paris : Lavoisier, 2011, p.410-412
9. Bocquier A, Verger P, Basdevant A *et al.* Overweight and obesity : knowledge, attitudes, and practices of general practionners in France. *Obes Res*, 2005, 13 : 787-795
10. Goldstein DJ. Beneficial health effects of modest weight loss. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 1992, 16 : 397-415
11. Pi-Sunyer FX. A review of long term studies evaluating the efficacy of weight loss in ameliorating disorders associated with obesity. *ClinTher*, 1996, 18 : 1006-1035 ; discussion : 1005
12. Pouchain D, Attali C, De Butler J *et al.* Médecine générale. Concepts et Pratiques. Paris. Masson, 1996, 1024 pages.
13. Thuan JF, Avignon A. Obesity management : attitudes and practices of French general practionners in region of France. *Int J Obes (Lond)*. 2005 Sep;29(9):1100-6
14. Basdevant Arnaud. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Chapitre 73 par Philippe Cornet. Paris : Lavoisier, 2011, p.470-475
15. Ferrante JM, Piasecki AK, Ohman-Strickland PA *et al.* Family physician's practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. *Obesity*, 2009, 17 : 1710 -1716
16. Johnson SS, Paiva AL, Cummins CO *et al.* Transtheoretical model-based multiple behavior intervention for weight management : effectiveness on a population basis. *Prev Med.* 2008 Mar;46(3):238-46

17. Haute Autorité de Santé - Synthèse des recommandations de bonnes pratiques, Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours, Septembre 2011. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_27_surpoids_obesite_adulte_v5_pao.pdf, [consulté le 10 mars 2014]
18. Ryan DH, Johnson WD, Myers VH *et al.* Nonsurgical weight loss for extreme obesity in primary care settings: results of the Louisiana Obese Subjects study. *Arch Intern Med.* 2010 Jan 25;170(2):146-54.
19. Sjöström L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial – a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *J Intern Med.* 2013 Mar ;273(3) :219-34
20. Caisse Nationale Assurance Maladie- Etude sur la chirurgie bariatrique en 2011 – Point information 21 Février 2013. Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/21022013_DP_ChirurgieBariatrique.pdf, [consulté le 10 mars 2014]
21. Haute Autorité de Santé – Synthèse des recommandations de bonne pratique – Obésité, Prise en charge chirurgicale chez l'adulte, Janvier 2009. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/obesite_-_prise_en_charge_chirurgicale_chez_ladulte_-_synthese_des_recommandations.pdf, [consulté le 10 mars 2014]
22. Flum DR, Belle SH, King WC *et al.* Perioperative safety in the longitudinal assessment of bariatric surgery. *N Engl J Med.* 2009 Jul 30 ;361(5) :445-54
23. Frutos MD, Luján J, Hernández Q *et al.* Results of laparoscopic gastric bypass in patients > or = 55 years old. *Obes Surg*, 2006, 16 : 461-464
24. St Peter SD, Craft RO, Tiede JL *et al.* Impact of advanced age on weight loss and health benefits after laparoscopic gastric bypass. *Arch Surg*, 2005, 140 : 165-168
25. Sugerman HJ, DeMaria EJ, Kellum JM *et al.* Effects of bariatric surgery in older patients. *Ann Surg*, 2004, 240 : 243-247
26. Ritz P, Topart P, Benchetrit S *et al.* Benefits and risks of bariatric surgery in patients aged more than 60 years . *Surg Obes Relat Dis.* 2014 Jan 9. pii: S1550-7289(14)00004-5
27. Quebbemann B, Engstrom D, Siegfried T *et al.* Bariatric surgery in patients older than 65 years is safe and effective. *Surg Obes Relat Dis.* 2005, 1 : 389-392
28. Haute Autorité de Santé - Recommandations de bonne pratique – Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent , Septembre 2011, actualisation des recommandations de 2003. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_enfant_et_adolescent.pdf, [consulté le 21 Avril 2014]
29. Boza C, Valderas P, Daroch DA *et al.* Metabolic Surgery: Roux-en-Y Gastric Bypass and Variables Associated with Diabetes Remission in Patients with BMI <35. *Obes Surg.* 2014 Aug;24(8):1391-7
30. DePaula AL, Macedo AL, Rassi N *et al.* Laparoscopic treatment of type 2 diabetes mellitus for patients with a body mass index less than 35. *Surg Endosc.* 2008 Mar;22(3):706-16
31. Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP *et al.* Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes—3-year outcomes. *N Engl J Med.* 2014 May 22 ;370(21) :2002-13
32. Brethauer SA, Aminian A, Romero-Talamás H *et al.* Can diabetes be surgically cured? Long-term metabolic effects of bariatric surgery in obese patients with type 2 diabetes mellitus. *Ann Surg* 2013, 258(4):628-636

33. Sjöström L, Peltonen M, Jacobson P *et al.* Association of bariatric surgery with long-term remission of type 2 diabetes and with microvascular and macrovascular complications. *JAMA*. 2014 Jun 11;311(22):2297-304
34. Chikunguwo SM, Wolfe LG, Dodson P *et al.* Analysis of factors associated with durable remission of diabetes after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis*. 2010 May-Jun;6(3):254-9
35. DiGiorgi M, Rosen DJ, Choi JJ *et al.* Re-emergence of diabetes after gastric bypass in patients with mid- to long-term follow-up. *Surg Obes Relat Dis*. 2010 May-Jun ;6(3) :249-53
36. Haute Autorité de Santé – Brochure d'information pour le patient – Chirurgie de l'obésité. Ce qu'il faut savoir avant de se décider. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-09/brochure_obesite_patient_220909.pdf, [consulté le 21 Avril 2014]
37. Basdevant Arnaud. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Chapitre 88 par Vincent Frering. Paris : Lavoisier, 2011, p.571-575
38. Nocca D, Krawczykowsky D, Bomans B *et al.* A prospective multicenter study of 163 sleeve gastrectomies: results at 1 and 2 years. *Obes Surg*. 2008 May;18(5):560-5
39. Suter M, Paroz A, Calmes JM *et al.* European experience with laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass in 466 obese patients. *Br J Surg*. 2006 Jun ;93(6) :726-32
40. Kenler HA, Brolin RE, Cody RP *et al.* Changes in eating behavior after horizontal gastropasty and Roux-en-Y gastric bypass. *Am J Clin Nutr*. 1990 Jul ;52(1) :87-92
41. Rutledge R. The mini-gastric bypass: experience with the first 1,274 cases. *Obes Surg*. 2001 Jun ;11(3) :276-80
42. Basdevant Arnaud. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Chapitre 98 par Jean-Marc Chevallier. Paris : Lavoisier, 2011, p. 636-639
43. Oria HE, Moorehead MK. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). *Obes Surg*. 1998 Oct;8(5):487-99
44. van Hout G. Psychosocial effects of bariatric surgery. *Acta Chir Belg*. 2005 Feb;105(1):40-3
45. Chevallier JM, Paita M, Rodde-Dunet MH *et al.* Predictive factors of outcome after gastric banding : a nationwide survey on the role of centers activity and patients behavior. *Ann Surgery*, 2007, 246 : 1034 – 1039
46. Basdevant A, Paita M, Rodde-Dunet MH *et al.* A nationwide survey on bariatric surgery in France: two years prospective follow-up. *Obes Surg*. 2007 Jan ;17(1) :39-44
47. Basdevant Arnaud. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Chapitre 95 par Cécile Ciangura. Paris : Lavoisier, 2011, p. 621-624
48. Basdevant Arnaud. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Chapitre 94 par Christine Poitou-Bernet. Paris : Lavoisier, 2011, p. 613-620
49. Gasteyger C, Suter M, Gaillard RC *et al.* Nutritional deficiencies after Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity often cannot be prevented by standard multivitamin supplementation. *Am J Clin Nutr*. 2008 May ;87(5) :1128-33
50. Basdevant Arnaud. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Chapitre 93 par Sophie Gougis. Paris : Lavoisier, 2011, p. 606-612
51. Basdevant Arnaud. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Chapitre 110 par Richard Agnetti et Pauline Chenebault. Paris : Lavoisier, 2011, p. 697-707
52. Basdevant Arnaud. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Chapitre 97 par Déborah Machaux-Tholliez. Paris : Lavoisier, 2011, p. 631-635
53. Song AY, Rubin JP, Thomas V *et al.* Body image and quality of life in post massive weight loss body contouring patient. *Obesity (Silver Spring)*. 2006 Sep;14(9):1626-36

54. Dymek MP, Le Grange D, Neven K *et al.* Quality of life after gastric bypass surgery: a cross-sectional study. *Obes Res.* 2002 Nov;10(11):1135-42
55. Grilo CM, Masheb RM, Brody M *et al.* Binge eating and self-esteem predict body image dissatisfaction among obese men and women seeking bariatric surgery. *Int J Eat Disord.* 2005 May;37(4):347-51
56. Hrabosky JI, Masheb RM, White MA *et al.* A prospective study of body dissatisfaction and concerns in extremely obese gastric bypass patients: 6- and 12-month postoperative outcomes. *Obes Surg.* 2006 Dec;16(12):1615-21
57. Powers PS, Perez A, Boyd F *et al.* Eating pathology before and after bariatric surgery: a prospective study. *Int J Eat Disord.* 1999 Apr;25(3):293-300
58. Burgmer R, Grigutsch K, Zipfel S *et al.* The influence of eating behavior and eating pathology on weight loss after gastric restriction operations. *Obes Surg.* 2005 May ;15(5) :684-91
59. King WC, Chen JY, Mitchell JE *et al.* Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *JAMA.* 2012 Jun 20;307(23):2516-25
60. Gosman GG, King WC, Schrope B *et al.* Reproductive health of women electing bariatric surgery. *Fertil Steril.* 2010 Sep ;94(4) :1426-31
61. Basdevant Arnaud. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Chapitre 113 par Jacky Nizard et Marc Dommergues. Paris : Lavoisier, 2011, p. 721-724
62. Basdevant Arnaud. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Chapitre 115 par Louis Marcellin, Pietro Santulli, Laurent Mandelbrot. Paris : Lavoisier, 2011, p. 729-735
63. Basdevant Arnaud. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Chapitre 112 par Anne Bachelot, Philippe Touraine. Paris : Lavoisier, 2011, p. 715-720
64. Uzoma A, Keriakos R. Pregnancy management following bariatric surgery. *J Obstet Gynaecol.* 2013 Feb ;33(2) :109-14
65. Kjaer MM, Nilas L. Pregnancy after bariatric surgery—a review of benefits and risks. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013 Mar ;92(3) :264-71
66. Kjær MM, Lauenborg J, Breum BM *et al.* The risk of adverse pregnancy outcome after bariatric surgery : a nationwide register-based matched cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2013 Jun ;208(6) :464
67. Weintraub AY, Levy A, Levi I *et al.* Effect of bariatric surgery on pregnancy outcome. *Int J Gynecol Obstet.* 2008 Dec ;103(3) :246-51
68. Shai D, Shoham-Vardi I, Amsalem D *et al.* Pregnancy outcome of patients following bariatric surgery as compared with obese women : a population-based study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2014 Feb ;27(3) :275-8
69. Bebbert FE, Rizzolli J, Casagrande DS *et al.* Pregnancy after bariatric surgery : 39 pregnancies follow-up in a multidisciplinary team. *Obes Surg.* 2011 Oct ;21(10) :1546-51
70. Basdevant Arnaud. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Chapitre 108 par Abdelhalim Aissat et Marc Slama. Paris : Lavoisier, 2011, p. 682-690
71. Sansone RA, McDonald S, Wiederman MW *et al.* Gastric bypass surgery : a survey of primary care physicians. *Eat Disord.* 2007 Mar-Apr ;15(2) :145-52
72. Baldof LM, Farrell TM. Attitudes, beliefs, and referral patterns of PCPs to bariatric surgeons. *J Surg Res.* 2008 Jan ;144(1) :49-58
73. Basdevant Arnaud. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Chapitre 96 par Emmanuelle Touizer-Benaroche. Paris : Lavoisier, 2011, p. 625-630
74. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Atlas régionaux de démographie médicale 2013, région Ile-de-France. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1371>, [consulté le 3 Juin 2014]

75. Institut National de la Statistique et de l'Etude économique, Statistiques concernant les professionnels de santé pour 2013. Disponible sur : http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATTEF06103, [consulté le 3 Juin 2014]
- Haute Autorité de Santé, Information pour le médecin traitant – Chirurgie de l'obésité de l'adulte, Juillet 2013. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-09/obesite_document_medecin_traitant_2009-09-25_16-41-5_784.pdf, [consulté le 3 Juin 2014]

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE INITIAL DECEMBRE 2013

Quels sont le rôle et la place du Médecin Traitant dans le suivi post chirurgie bariatrique : quel parcours idéal ?
Enquête téléphonique auprès des médecins traitants de patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique au CHU d'A.Paré

1- Etes vous à l'origine du suivi de votre patient dans le CHU d'A. Paré ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, S'agissait-il d'une demande initiale de chirurgie bariatrique ?

☐ OUI
☐ NON

2- De quel type de chirurgie votre patient a bénéficié ?

☐ By-pass gastrique ☐ Sleeve gastrectomie ☐ Anneau gastrique ☐ NSP

3- Quelle est la fréquence des consultations de votre patient dans votre cabinet ?

☐ < 1/an ☐ 1 /an ≤ consultation ≤ 2/an ☐ > 2/an

4- Par qui le suivi post-opératoire est-il assuré ?

☐ Uniquement l'équipe ayant posé l'indication

☐ Uniquement le médecin traitant

☐ PEC multidisciplinaire conjointe

5- Avez-vous eu d'autres patients opérés d'une chirurgie bariatrique dont le suivi post opératoire n'était pas assuré par l'équipe ayant posé l'indication ?

☐ OUI ☐ NON

Si Oui, avez-vous observé une différence sur la perte de poids, ou bien le maintien de la perte de poids ?

☐ OUI ☐ NON

6- Avez-vous eu des informations concernant la chirurgie et le suivi post-chirurgical de vos patients émanant des différents spécialistes ?

- Nutritionniste ☐ OUI ☐ NON
- Chirurgien ☐ OUI ☐ NON
- Diététicien ☐ OUI ☐ NON
- Psychologue / Psychiatre ☐ OUI ☐ NON
- Educateur médico-sportif ☐ OUI ☐ NON

Si oui item 6 : Sous quelle forme cette information a-t'elle été délivrée ?

☐ Comptes –rendu, courriers

☐ Formations, conférences, cours

☐ Conversations téléphoniques

☐ Autres, précisez : _____

Si oui item 6 : L'information délivrée était-elle suffisante pour votre prise en charge ?

☐ OUI ☐ NON

7- Vous sentez vous capable d'assurer le suivi post chirurgical de vos patients ?

• Court terme ☐ OUI ☐ NON

• Long terme ☐ OUI ☐ NON

8- Etes- vous déjà intervenus dans une de ces situations ?

A – Complications liées au montage chirurgical : ☐ OUI ☐ NON

Si oui 10.A : Avez-vous adressé le patient en centre spécialisé ? ☐ OUI ☐ NON

B – Carences vitaminiques et/ou nutritionnelles : ☐ OUI ☐ NON

Si oui 10.B : Avez-vous adressé le patient en centre spécialisé ? ☐ OUI ☐ NON

C – Adaptation du traitement des co-morbidités (Traitement anti hypertenseur, anti-diabétique, hypolipémiant, appareillage du SAS) : ☐ OUI ☐ NON

Si oui 10.C : Avez-vous adressé le patient en centre spécialisé ? ☐ OUI ☐ NON

D – Modification posologique des médicaments 2nd à la malabsorption (AVK, Hormones thyroïdiennes, Anti épileptiques...) : ☐ OUI ☐ NON

Si oui 10.D : Avez-vous adressé le patient en centre spécialisé ? ☐ OUI ☐ NON

E – Eviction des gastrotoxiques : ☐ OUI ☐ NON

Si oui 10.E : Avez-vous adressé le patient en centre spécialisé ? ☐ OUI ☐ NON

F – Avez-vous déjà prescrit une contraception dans le post-opératoire ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui 10.F : Avez-vous adressé le patient en centre spécialisé ? ☐ OUI ☐ NON

8- La HAS a rédigé une lettre d'information sur la chirurgie bariatrique à l'intention du médecin traitant, en avez-vous été informé ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui : Par quel moyen en avez-vous été informé ?

☐ Par la HAS ☐ Recherches personnelles ☐ Autres, précisez : _____

9- De votre point de vue, vos compétences concernant la chirurgie bariatrique ont-elles évoluées avant et après avoir eu des patients opérés ?

☐ OUI ☐ NON

10- Pouvez- vous répondre à quelques questions vous concernant ?

• Quel est votre âge ?

☐ ≤ 35 ans ☐ 35 < âge ≤ 44 ans ☐ 45 < âge ≤ 54 ans ☐ > 55 ans

• Quel est votre sexe ?

☐ Homme ☐ Femme

• Quel est votre type d'exercice ?

☐ Solitaire ☐ Groupe

• Estimation nombre de patients opérés ☐ 0 ☐ 1 < opérés ≤ 5 ☐ 5 < opérés ≤ 10 ☐ > 10 opérés

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE DEFINITIF JANVIER 2014

Quelle est la place du Médecin Traitant dans le suivi post chirurgie bariatrique : quel parcours idéal ?

Enquête par courrier puis relance téléphonique auprès des médecins traitants de patients suivis dans le centre intégré obésité au CHU d'A.Paré

1- Quel nombre total de patients opérés de chirurgie bariatrique suivez-vous ?

☐ 0 ☐ 1 < opéré(s) ≤ 5 ☐ 5 < opérés ≤ 10 ☐ > 10 opérés

2- Etes-vous à l'origine de la prise en charge en service spécialisé de votre patient ?

☐ OUI ☐ NON

3- Si oui item 2 : S'agissait-il d'une demande initiale de chirurgie bariatrique ou de simple suivi nutritionnel ?

☐ Adressé pour une chirurgie bariatrique

☐ Adressé pour un simple suivi nutritionnel

4- Quelle est la fréquence des consultations de votre patient opéré dans votre cabinet ?

☐ < 1/an ☐ 1 /an ≤ consultation(s) ≤ 2/an ☐ > 2/an

5- Par qui le suivi per et post-opératoire est-il assuré ? (Réponses multiples possibles)

☐ Uniquement l'équipe ayant posé l'indication

☐ Uniquement le médecin traitant

☐ PEC multidisciplinaire conjointe

6- Avez-vous eu des informations concernant la chirurgie et le suivi post-chirurgical de vos patients émanant de ces différents spécialistes ?

• Nutritionniste ☐ OUI ☐ NON

• Chirurgien ☐ OUI ☐ NON

• Diététicien ☐ OUI ☐ NON

• Psychologue / Psychiatre ☐ OUI ☐ NON

• Educateur médico-sportif ☐ OUI ☐ NON

7- Si oui item 6 : Sous quelle forme cette information a-t'elle été délivrée ?

☐ Comptes –rendus

☐ Courriers

☐ Formations, conférences, cours

☐ Conversations téléphoniques

☐ Autres, précisez : _____

8- Si oui item 6 : L'information délivrée était-elle suffisante pour continuer votre prise en charge ?

☐ OUI ☐ NON

9- Souhaitez-vous assurer seul le suivi post chirurgical de vos patients ?

• A court terme ☐ OUI ☐ NON

• A long terme ☐ OUI ☐ NON

10- Avez-vous eu à faire face à ces situations ?

A – Complications liées au montage chirurgical : ☐ OUI ☐ NON

Si oui 10.A : Avez-vous adressé le patient en centre spécialisé ? ☐ OUI ☐ NON

B – Carences vitaminiques et/ou nutritionnelles : ☐ OUI ☐ NON

Si oui 10.B : Avez-vous adressé le patient en centre spécialisé ? ☐ OUI ☐ NON

C – Adaptation du traitement des co-morbidités (Traitement anti hypertenseur,

anti-diabétique, hypolipémiant, appareillage du SAS) : ☐ OUI ☐ NON

Si oui 10.C : Avez-vous adressé le patient en centre spécialisé ? ☐ OUI ☐ NON

D – Modification posologique des médicaments 2ndr à la malabsorption (AVK,

Hormones thyroïdiennes, Anti épileptiques...) : ☐ OUI ☐ NON

Si oui 10.D : Avez-vous adressé le patient en centre spécialisé ? ☐ OUI ☐ NON

E – Gestion des AINS, en cas de poussée d'arthralgies, virose ... : ☐ OUI ☐ NON

Si oui 10.E : Avez-vous adressé le patient en centre spécialisé ? ☐ OUI ☐ NON

F – Prescription d'une contraception dans le post-opératoire ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui 10.F : Laquelle ? _____

Avez-vous adressé le patient en centre spécialisé ? ☐ OUI ☐ NON

G – Importantes modifications psychiques post chirurgicales ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui 10.G : Avez-vous adressé le patient en centre spécialisé ? ☐ OUI ☐ NON

H – Poursuite de l'éducation diététique et activité physique ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui 10.H : Avez-vous adressé le patient en centre spécialisé ? ☐ OUI ☐ NON

I – Demande de recours à la chirurgie réparatrice ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui 10.I : Avez-vous adressé le patient en centre spécialisé ? ☐ OUI ☐ Non

11- La HAS a rédigé une lettre d'information sur la chirurgie bariatrique à l'intention du médecin traitant, en avez-vous été informé ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui 11 : Par quel moyen en avez-vous été informé ?

☐ Par la HAS ☐ Recherches personnelles ☐ Autres, précisez : _____

12- De votre point de vue, vos compétences concernant la chirurgie bariatrique ont-elles évoluées avant et après avoir eu à gérer des patients opérés ?

☐ OUI ☐ NON

13- Etes-vous satisfait de votre rôle dans la filière actuelle concernant la chirurgie bariatrique ?

☐ OUI ☐ NON

14- Avez-vous des suggestions à apporter pour améliorer la prise en charge actuelle ?

15- Pouvez- vous répondre à quelques questions vous concernant ?

• Quel est votre âge ?

☐ ≤ 35 ans ☐ 35 < âge ≤ 44 ans ☐ 45 < âge ≤ 54 ans ☐ > 55 ans ☐ NVP*

• Quel est votre sexe ?

☐ Homme ☐ Femme ☐ NVP

• Quel est votre type d'exercice ?

☐ Solitaire ☐ Groupe ☐ NVP

☐ Rural ☐ Urbain ☐ Semi-rural ☐ NVP

☐ Maître de stage ambulatoire

• Quel est votre poids ? ☐ _____ / ☐ NVP

• Quel est votre taille ? ☐ _____ / ☐ NVP

* NVP : Ne veut pas répondre

ANNEXE 3 : LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT DU QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE A L'INTENTION DES MEDECINS TRAITANTS

THESE DE MEDECINE GENERALE

Bonjour, je suis Interne en Médecine générale à Paris Descartes. Je fais une thèse sur le thème du suivi post chirurgie bariatrique par les médecins traitants et votre rôle dans ce parcours de soin.

Je vous envoie ce questionnaire car un de vos patients a été opéré au CHU d'Ambroise Paré d'une chirurgie bariatrique et nous aimerions avoir votre ressenti par rapport à sa prise en charge ainsi que des informations vous concernant. Ce questionnaire ne vous prendra que quelques minutes et me permettra de collecter de précieuses informations pour mon travail.

Merci de nous renvoyer ce questionnaire rempli soit par voie postale , soit par courrier électronique après l'avoir scanné :

Réponse postale : Léa DEGHANI / Pr CZERNICHOW – Service de Nutrition, CHU Ambroise Paré, 9 avenue Charles-de-Gaulle, 92100 Boulogne-Billancourt

Réponse électronique : lea.deghani@gmail.com

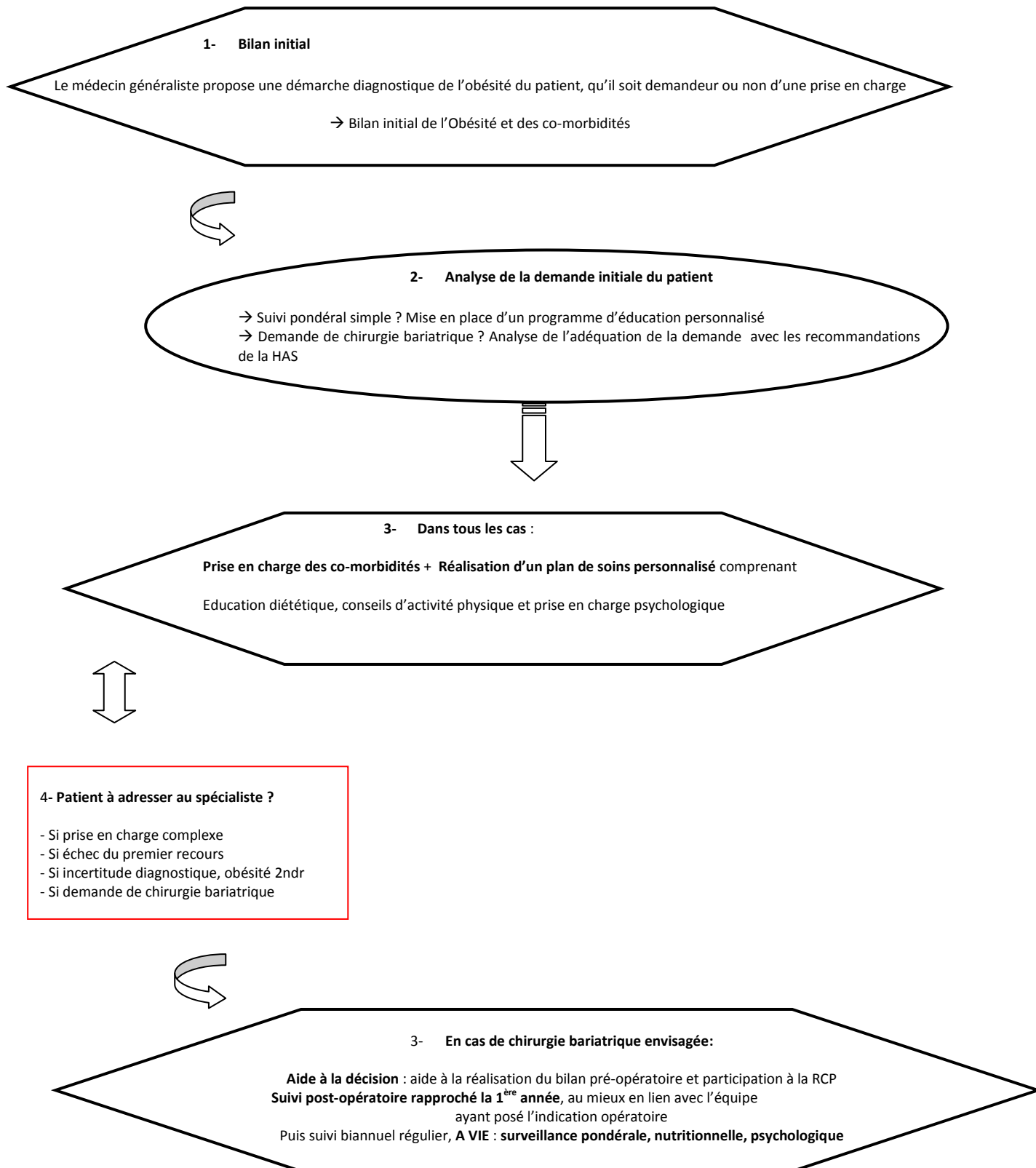
Merci du temps que vous avez pris pour répondre à ce questionnaire !

Nous pouvons vous communiquer par mail, si vous le souhaitez, les résultats qui constitueront ma thèse de Médecine générale.

Dans ce cas, merci de bien vouloir nous communiquer votre adresse mail :

Léa Deghani, Interne DES Médecine générale – Paris Descartes.

ANNEXE 4 : Parcours de soin idéal proposé – Demande de chirurgie bariatrique -Rôle du médecin généraliste



INDEX DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ACOG	American congress of obstetricians and gynecologists
AGA	Anneau gastrique ajustable
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdiens
ARA2	Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2
BAROS	Bariatric analysis and reporting outcome system
BPG	By-pass gastrique
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CRH	Compte-rendu d'hospitalisation
DEXA	Dual energy X-ray absorptiometry
DPP4	Dipeptidyl peptidase 4
GLp1	Glucagon-like peptide 1
HAS	Haute autorité de santé
IMC	Indice de masse corporelle
MG	Médecin généraliste
MT	Médecin traitant
NVP	Ne veut pas répondre
PEP	Perte d'excès de poids
PMI	Protection maternelle et infantile
PNNS	Plan national nutrition-santé
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
SFMG	Société française de médecine générale
SG	Sleeve gastrectomie
SOS	Swedish Obese Subjects
TCA	Trouble du comportement alimentaire

INDEX DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Index des figures

Figure 1. Evolution des actes de chirurgie bariatrique par technique chirurgicale de 2006 à 2011.....	14
Figure 2. Comparaison entre le taux d'interventions bariatriques et la prévalence de l'obésité par région.....	15
Figure 3. Niveaux d'activité et choix des techniques chirurgicales sur le territoire national..	16
Figure 4. Anneau gastrique ajustable.....	19
Figure 5. Gastrectomie longitudinale.....	20
Figure 6. Gastroplastie verticale calibrée.....	21
Figure 7. Bypass gastrique.....	21
Figure 8. Mini bypass gastrique.....	22
Figure 9. Dérivation bilio-pancréatique.....	23
Figure 10. Etude SOS, Perte de poids à 15 ans selon les différentes techniques chirurgicales.....	25
Figure 11. Diagramme de flux.....	44
Figure 12a. Taux de réponse.....	45
Figure 12b. Répartition des différentes modalités de réponse.....	45
Figure 13a. Age des médecins répondants.....	46
Figure 13b. Répartition des IMC.....	46
Figure 14a. Répartition du type d'exercice.....	47
Figure 14b. Répartition du lieu d'exercice.....	47
Figure 15. Nombre de patients suivis par les médecins généralistes.....	48
Figure 16. Motif de prise en charge spécialisée.....	48
Figure 17. Fréquence des consultations des patients opérés chez leur médecin generaliste.	49
Figure 18. Suivi post-opératoire.....	49
Figure 19. Information reçue des professionnels spécialisés.....	50
Figure 20. Mode de délivrance de l'information donnée.....	51
Figure 21. Satisfaction concernant l'information délivrée.....	51

Figure 22. Complications rencontrées par les médecins généralistes et proportions des situations où le patient est adressé.....	52
Figure 23. Connaissance des recommandations de la HAS	53
Figure 24. Evolution des compétences après gestion de patients opérés.....	54
Figure 25. Satisfaction du rôle du médecin généraliste dans la filière de soins actuelle.....	56
Figure 26a. : Volonté d'assurer seul le suivi post-opératoire à court terme.....	58
Figure 26b. Volonté d'assurer seul le suivi post-opératoire à long terme.....	58
Figure 27. Propositions des médecins traitants.....	61

Index des tableaux

Tableau 1. Principales carences post-opératoires et facteurs favorisant selon le type de chirurgie.....	30
Tableau 2. Prévention après chirurgie malabsorptive et traitement des déficits nutritionnels après chirurgie bariatrique	32
Tableau 3. Lien entre IMC du médecin traitant et le fait d'adresser le patient	49
Tableau 4. Lien entre le fait d'adresser le patient et la prise en charge multidisciplinaire dans le post-opératoire	50
Tableau 5. Lien entre le fait d'avoir adressé le patient et la satisfaction concernant l'information reçue par les spécialistes dans le post-opératoire.....	52
Tableau 6. Lien entre la connaissance des recommandations et le fait d'adresser les patients pour poursuite de l'éducation diététique et des conseils d'activité physique.....	53
Tableau 7. Lien entre le nombre de patients opérés suivis et l'évolution des compétences des médecins généralistes.....	54
Tableau 8. Lien entre l'information donnée par les spécialistes et l'évolution des compétences des médecins généralistes.....	55
Tableau 9. Lien entre le suivi post-opératoire multidisciplinaire et l'évolution des compétences des médecins généralistes.....	55
Tableau 10. Lien entre satisfaction du rôle du médecin généraliste et le fait d'avoir initialement adressé le patient.....	56
Tableau 11. Lien entre satisfaction du rôle du médecin généraliste et la prise en charge post-opératoire multidisciplinaire.....	57
Tableau 12. Lien entre satisfaction du rôle du médecin généraliste et l'évolution des compétences.....	57

Tableau 13. Lien entre satisfaction du rôle du médecin généraliste et la volonté d'assurer seul le suivi post-opératoire au long terme.....	59
Tableau 14. Lien entre l'âge du médecin généraliste et la volonté d'assurer seul le suivi post-opératoire au long terme.....	59
Tableau 15. Lien entre l'IMC du médecin généraliste et la volonté d'assurer seul le suivi post-opératoire au long terme.....	60
Tableau 16. Comparaison de la démographie médicale de l'étude aux données du Conseil de l'Ordre.....	62

RÉSUMÉ

La chirurgie bariatrique s'impose actuellement comme l'une des meilleures prises en charge thérapeutiques à long terme de l'obésité, dont la prévalence ne cesse d'augmenter. Cependant cette chirurgie expose à un risque notable de complications carentielles potentiellement sévères nécessitant une surveillance à vie des patients opérés. Les médecins généralistes font partie intégrante du suivi de ces patients, mais leur rôle au sein de la filière de soins actuelle reste à préciser. L'objectif principal de ce travail était de faire un état des lieux synthétique du rôle actuel du médecin généraliste dans le suivi ambulatoire post-chirurgie bariatrique au sein du parcours de soin actuel. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les besoins des médecins traitants pour la prise en charge des patients opérés de chirurgie bariatrique, ainsi que leur ressenti quant à leur position actuelle et leur désir d'évolution.

Pour cela nous avons réalisé une enquête observationnelle déclarative auprès de 100 médecins généralistes référents de patients opérés à partir du 1^{er} janvier 2012 et suivis dans le centre intégré médico-chirurgical de prise en charge de l'obésité du CHU d'Ambroise Paré.

52% des médecins traitants ont participé à cette étude, 63% étaient des hommes, 57% étaient âgés de plus de 55 ans, exerçant majoritairement en groupe, 61% suivaient entre 1 et 5 patients opérés. 74% étaient à l'origine de la demande de prise en charge, et dans 60% des cas le suivi post-opératoire était multidisciplinaire, seuls 2% des médecins généralistes assuraient seuls ce suivi. 84% des médecins avaient reçu une information concernant la chirurgie et le suivi post-opératoire émanant des chirurgiens, sous forme de compte-rendu d'hospitalisation. 33% avaient été informés des recommandations de la HAS de 2009 sur la chirurgie bariatrique. Concernant la gestion des complications, ils étaient 84% à adapter le traitement des co-morbidités sans adresser le patient, cependant dans 52% des cas la gestion des carences nutritionnelles nécessitait un recours aux spécialistes. La majorité des médecins, 54%, étaient satisfaits de leur rôle dans la filière actuelle, ils ne désiraient alors pas assurer seuls le suivi post-opératoire à long terme des patients opérés, 65% versus 35%, $p = 0,048$. Les propositions les plus fréquentes en vue d'améliorer le rôle du médecin généraliste dans la filière actuelle concernaient l'amélioration du partage des informations dans le post-opératoire ainsi que la rédaction d'une lettre destinée au médecin traitant, $n = 22$.

Les capacités et la volonté d'implication des médecins généralistes dans le suivi des patients opérés de chirurgie bariatrique sont présentes, des outils de communication plus efficaces entre la ville et l'hôpital doivent être développés.

Mots clés : chirurgie bariatrique, médecine générale

Faculté de Médecine Paris Descartes, 15 rue de l'école de médecine, 75006 Paris